



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Gestão nutricional na Pessoa em situação crítica
Intervenção especializada do Enfermeiro**

Sara Patrícia Dias da Silva

—

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em situação crítica
Relatório de Estágio**

**Gestão nutricional na Pessoa em situação crítica
Intervenção especializada do Enfermeiro**

Sara Patrícia Dias da Silva



Professor Orientador:
Maria Teresa Sarreira Leal



**Lisboa
2021**

AGRADECIMENTOS

À professora Teresa Leal pela disponibilidade, orientação e acompanhamento constantes ao longo deste percurso formativo.

À professora Cândida Durão por me ter ajudado a encontrar um rumo no início deste percurso.

A toda a turma deste curso de mestrado, pelo companheirismo e espírito de equipa.

Aos enfermeiros orientadores nos locais de estágio e suas equipas.

Aos meus pais pelo apoio e força incondicionais em todos os momentos.

Ao Diogo, por mais um batalha que vencemos juntos.

Lista de siglas e abreviaturas

APACHE II – *The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*

ARDS – *Acute respiratory distress syndrome*

ASPEN – *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC – Acidente vascular cerebral

BIS – *Bispectral Index Monitor*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CVC – Cateter venoso central

DVE – Drenagem ventricular externa

ECMO – *Extracorporeal Membrane oxygenation*

EOT – Entubação orotraqueal

EPI – Equipamento de proteção individual

ERC – Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos

ESCID – Escala de Condutas Indicadoras de Dolor

ESPEN – *European Society of Clinical Nutrition and Metabolism*

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

IMC – Índice de massa corporal

INR – *International normalized ratio*

KPC – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

LA – Linha arterial

MRSA – *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

NE – Nutrição entérica

NPT – Nutrição parentérica

NRS 2002 – *Nutritional Risk Screening 2002*

NUTRIC – *NUTrition Risk in the critically Ill*

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

PAV – Pneumonia associada ao ventilador

PIC – Pressão intracraniana

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos

PSC – Pessoa em situação crítica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RIL – Revisão integrativa da literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde
SNG – Sonda nasogástrica
SOFA – *Sequencial organ failure*
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de urgência
SUP – Serviço de urgência polivalente
TAC – Tomografia axial computadorizada
TOT – Tubo orotraqueal
TSR – Técnica de substituição renal
UCI – Unidade de cuidados intensivos
UCIC – Unidade de cuidados intensivos cirúrgicos
UCIP – Unidade de cuidados intensivos polivalente
VCO₂ – Produção de dióxido de carbono
VMI – Ventilação mecânica invasiva
VNI – Ventilação mecânica não invasiva
VO₂ – Consumo de oxigénio
VRG – Volume residual gástrico

RESUMO

A desnutrição é cada vez mais comum em contexto hospitalar, sendo que a taxa de prevalência descrita na literatura ronda os 20% a 50%, dependendo dos critérios de avaliação e definição e da população em estudo (Barker, Gout, & Crowe, 2011). Em Portugal, estudos realizados estimam existirem cerca de 40% de doentes em risco nutricional à data de admissão hospitalar, dependendo do estágio da doença e do grau/gravidade (Marinho et al., 2019). Estes factos tornam-se alarmantes na presença de consequências físicas e psicológicas que daí advêm e que têm impacto no *outcome* dos doentes e nos sistemas de saúde.

A resposta metabólica ao stress e o estado nutricional pré-existente são fatores que predispõem o doente crítico a um risco nutricional acrescido (Patel & Codner, 2016). A crescente preocupação na área da nutrição do doente crítico tem levado a que tenham sido pensadas estratégias de combate à desnutrição destes doentes. A implementação de protocolos de nutrição entérica (NE) geridos pelo enfermeiro, enquanto membro da equipa multidisciplinar, tem sido uma das estratégias apontadas como adequada para garantir que os objetivos nutricionais são atingidos.

O presente documento espelha o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, e respetiva análise e reflexão crítica, desenvolvido em 3 contextos - serviço de urgência polivalente e duas unidades de cuidados intensivos - e teve como sustentação teórica as teorias “*Fundamentals of Care*” (Kitson, Conroy, Kuluski, Phil, & Lyons, 2013) e “*Technological Competency as Caring in Nursing*” (Locsin, 2005).

Analisando o percurso desenvolvido concluo que os objetivos a que me propus foram alcançados com sucesso, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas conforme preconizado nos regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), no regulamento do presente curso de mestrado e dos plasmados na lei portuguesa. Para além das relacionadas com a terapia nutricional da PSC, destaco o desenvolvimento de competências de autoaprendizagem e de comunicação, bem como competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Não foi possível, contudo, o desenvolvimento de competências específicas em situações de exceção e catástrofe.

Palavras chave: Pessoa em situação crítica; terapia nutricional; intervenções de enfermagem; *Fundamentals of Care*; *Technological Competency as Caring in Nursing*

ABSTRACT

Malnutrition is increasingly common in hospital context, with the prevalence rate described in the literature ranging from 20% to 50%, depending on the patient population and definition and criteria used for diagnosis (Barker et al., 2011). In Portugal, studies have estimated that there are about 40% of patients at nutritional risk at the time of hospital admission, depending on the disease stage and severity (Marinho et al., 2019). These facts become alarming in the presence of physical and psychological consequences that have impact on patients and health systems outcomes.

The metabolic stress response and the pre-existing nutritional status are factors that predispose the critical patient to a nutritional risk. The growing concern in the area of critical patient nutrition has led to strategies to combat malnutrition in these patients. The implementation of enteric nutrition protocols managed by nurses, as a member of the multidisciplinary team, has been identified as one of the best strategies to ensure that nutritional objectives are achieved.

This document reflects the path of acquisition and development of competencies, and the respective analysis and critical reflection, developed in 3 contexts – emergency department and two intensive care units - and was theoretically based on the theories “Fundamentals of Care” (Kitson et al., 2013) and “Technological Competency as Caring in Nursing” (Locsin, 2005). Looking back to the course taken, I can conclude that every objective was successfully achieved, allowing the development of specialized skills as recommended by specialist nurses regulations, both common skills and specific ones in the field of critical care nursing, by the master’s degree regulation and the Portuguese law.

In addition to those related to the nutritional therapy in critically ill people, highlight the development of self-learning and communication skills, as well as skills in providing care to people in an emergent situation and anticipating instability and risk of organ failure. However, it was not possible to develop skills in situations of exception and catastrophe.

Keywords: critical patient, nutrition therapy, nursing interventions; Fundamentals of Care; Technological Competency as Caring in Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONTEXTUAL	21
1.1. Problemática da desnutrição hospitalar	21
1.1.1. Avaliação do risco nutricional	22
1.2. Nutrição na pessoa em situação crítica	24
1.3. Cuidar da pessoa em situação crítica	28
1.3.1. Cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica sob terapia nutricional.....	32
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	35
2.1. Serviço de Urgência.....	36
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos	45
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Atividades planeadas para estágio	
APÊNDICE II – Protocolo da revisão integrativa da literatura	
APÊNDICE III – Póster “Desnutrição hospitalar: uma realidade a combater”	
APÊNDICE IV – Excerto da formação “Terapia nutricional na pessoa em situação crítica”	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fundamentals of Care Framework30

INTRODUÇÃO

O presente relatório traduz o culminar de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências e foi realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular estágio com relatório. Esse percurso resultou de um projeto pensado e estruturado com base numa necessidade identificada ao longo de anos na prestação de cuidados à PSC.

Fruto de uma prática reflexiva e baseada em evidência, o percurso espelhado no presente relatório teve como fio condutor os objetivos e competências do presente curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010) e dos plasmados na lei portuguesa (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), bem como as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento N.º 140/2019, 2019) e específicas na área de enfermagem à PSC (Regulamento N.º 429/2018, 2018).

A escolha do tema “Gestão nutricional na PSC – intervenção especializada do enfermeiro” teve como base uma preocupação que fui desenvolvendo ao longo dos anos na prestação de cuidados à PSC, tendo constatado que a nutrição é muitas vezes subvalorizada, tanto por enfermeiros como por médicos, e que existe falta de formação e de conhecimento neste âmbito em contexto clínico. A convicção de que a enfermagem pode fazer a diferença acentuou a minha motivação para o desenvolvimento do meu relatório de estágio nesta área.

O cerne desta problemática reside na desnutrição hospitalar. Apesar de ser um tema muito descrito na literatura e uma realidade em contexto hospitalar, com impacto no *outcome* dos doentes e nos sistemas de saúde, a desnutrição continua a ser negligenciada, subdiagnosticada e subtratada pelos profissionais de saúde, verificando-se altas taxas de prevalência, bem como falta de conhecimento na área (Barker, Gout, & Crowe, 2011; Despacho n.º 6634/2018, 2018; Marinho et al., 2019). Estes factos tornam-se alarmantes na presença de consequências físicas e psicológicas que daí advêm.

De acordo com Singer et al. (2019), todos os doentes internados mais de 48 horas numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) são considerados em risco de desnutrição. A resposta metabólica ao stress e o estado nutricional pré-existente são fatores que predispõem o doente crítico a um risco nutricional acrescido (Patel & Codner, 2016). Tendo em conta a especificidade destes doentes e o facto de muitos deles estarem subnutridos aquando da admissão também contribui para que as suas necessidades nutricionais sejam mais específicas, variando ao longo da evolução da doença crítica.

Atualmente, o suporte nutricional no doente crítico já não é visto como um cuidado coadjuvante mas sim como uma estratégia terapêutica (McClave et al., 2016) denominada terapia nutricional, com benefícios nutricionais e não nutricionais (Patel & Codner, 2016). Foi neste sentido que pretendi desenvolver o meu percurso, cujo foco principal é a terapia nutricional. No entanto, porque no curso da doença se prevê que a pessoa “caminhe” num

contínuo dependência – independência, a prestação de cuidados neste percurso não foi só realizada à pessoa na fase aguda da doença crítica, mas também na fase de recuperação.

Assim, fez-me sentido ter como base de sustentação teórica ao longo deste percurso as teorias “*Fundamentals of Care*” (Kitson et al., 2013) e “*Technological Competency as Caring in Nursing*” (Locsin, 2005). A integração da teoria “*Fundamentals of Care*” permitiu-me repensar a forma como os enfermeiros asseguram as necessidades fundamentais da pessoa, garantido um cuidar individualizado, tendo como base o estabelecimento de uma relação e interação intencional com a pessoa doente e família. A nutrição é, por si só, uma necessidade fundamental que se não for satisfeita põe em causa a recuperação e a vida da pessoa. Os pressupostos desta teoria sustentaram a minha prestação de cuidados tanto na fase aguda da doença como na fase de recuperação. Na fase aguda, a pessoa está mais dependente de cuidados de enfermagem – sendo o enfermeiro que garante a satisfação dos cuidados fundamentais, agindo com respeito e preservando a sua dignidade; na fase de recuperação fá-lo preservando a sua autonomia. O estabelecimento da relação é a base do cuidar uma vez que é através dela que conhecemos a pessoa que cuidamos, identificamos as suas necessidades e antecipamos a satisfação das mesmas.

Atualmente vivemos num mundo altamente tecnológico, com avanços constantes que se estendem ao ramo da saúde. Os serviços são dotados cada vez mais de equipamento tecnológico diferenciado que, sem dúvida, tem sido importante no diagnóstico e tratamento, mas também tem vindo a complementar os cuidados descritos anteriormente.

A constante evolução tecnológica associada à mudança do perfil demográfico das populações exige dos profissionais de saúde um maior desafio no acompanhamento dessas mudanças, para que se possa dar resposta às suas necessidades. O enfermeiro, como profissional de saúde que está em direto contacto com a população nos vários níveis de cuidados, tem uma responsabilidade acrescida, tendo de se adaptar a este avanço tecnológico e desenvolver formas de o utilizar como aliado no cuidar. A integração da teoria “*Technological Competency as Caring in Nursing*” neste percurso surge neste contexto. Numa fase inicial da doença crítica é necessário o recurso a meios tecnológicos de monitorização e terapêutica, nomeadamente a nutricional. À semelhança do autor, acredito que o cuidar e a tecnologia podem coexistir em harmonia quando se usa a tecnologia como um meio para atingir um fim, que é o cuidar, ou seja, com intencionalidade.

O enfermeiro tem um papel fundamental na gestão da terapia nutricional do doente crítico, em articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a implementação de práticas baseadas na melhor evidência e para a garantia de um aporte nutricional adequado e, por sua vez, para a melhoria do *outcome* destes doentes (Marshall et al., 2012; Ros, McNeill, & Bennett, 2009).

Segundo Benner (2001), no processo de aquisição de competências, a experiência assume um papel importante, com a integração dos saberes da teoria na prática, pelo que a

realização do estágio em contexto clínico é fundamental. Assim, para o percurso de desenvolvimento de competências e com o objetivo de melhorar a minha perícia, foram selecionados 3 contextos de estágio: um serviço de urgência (SU) polivalente num hospital central de Lisboa, e duas unidades de cuidados intensivos (UCI) – uma cirúrgica e outra polivalente – de um centro hospitalar de Lisboa, com o objetivo de maximizar a aquisição e desenvolvimento de competências relativamente à terapia nutricional da PSC. O objetivo geral delineado foi aprofundar competências especializadas no cuidado de enfermagem à PSC e família, com ênfase para o suporte nutricional. Os objetivos específicos foram adaptados a cada contexto e foram definidas atividades que permitissem atingir os mesmos (apêndice I).

Realço que, no presente relatório, quando faço referência à família não me refiro apenas aos familiares diretos, mas também às pessoas significativas da PSC. Neste relatório a gestão nutricional refere-se à avaliação do risco nutricional e das necessidades nutricionais, ao fornecimento e monitorização da alimentação entérica e parentérica e à prevenção, monitorização e gestão de complicações.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se organizado em 3 capítulos, para além da presente introdução. No 1º capítulo é feita uma contextualização da problemática da desnutrição e revista a evidência científica sobre a terapia nutricional na PSC bem como a intervenção do enfermeiro na gestão e vigilância da terapia nutricional. Neste capítulo será também desenvolvida a conceptualização das teorias de enfermagem que sustentaram este percurso de aquisição de competências. O 2º capítulo descreve e analisa criticamente o percurso de desenvolvimento de competências realizado em contexto de SU e UCI, onde é explicitada a forma como as mesmas foram desenvolvidas e as dificuldades sentidas, tendo como base a reflexão e o confronto com a evidência científica. O 3º e último capítulo diz respeito às considerações finais, onde é feita a síntese e avaliação do percurso realizado, consideradas as principais limitações e desenhados os projetos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONTEXTUAL

1.1. Problemática da desnutrição hospitalar

A *European Society of Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) define desnutrição como um estado de ingestão insuficiente ou absorção desadequada de nutrientes, em função das necessidades nutricionais, que resulta na alteração da composição corporal, em alterações funcionais e na perda de massa corporal causando efeitos adversos que levam à diminuição das funções físicas e mentais e a um comprometimento do prognóstico clínico de uma patologia subjacente. As suas causas podem ser derivadas à fome, à doença ou à idade avançada (superior a 80 anos), isoladamente ou em conjunto (Cederholm et al., 2017).

A desnutrição é muito comum em contexto hospitalar, sendo que a taxa de prevalência descrita na literatura ronda os 20% a 50%, dependendo dos critérios de avaliação e definição e da população em estudo (Barker et al., 2011). De acordo com a mesma fonte, entre 30 a 55% dos doentes, à admissão hospitalar, estão em risco de desnutrição, sendo que o custo de tratamento destes doentes é 20% superior ao da média dos doentes sem risco de desnutrição, dentro do mesmo grupo de diagnóstico (Amaral et al., 2007). Em Portugal, estudos realizados estimam existirem cerca de 40% de doentes em risco nutricional à data de admissão hospitalar, dependendo do estágio da doença e do grau/gravidade (Marinho et al., 2019).

Estes dados são alarmantes, sobretudo se tivermos em consideração as consequências que daí advêm, nomeadamente a perda de massa muscular e massa gorda, predispondo a maior risco de úlceras de pressão e dificuldade na cicatrização cutânea, bem como a possibilidade de reduzir a capacidade da musculatura pulmonar e cardíaca e atrofiar os órgãos viscerais (Barker et al., 2011). Este fator assume especial importância no doente crítico, em que a redução da musculatura respiratória, da capacidade residual funcional e da capacidade de ventilação espontânea pode comprometer o desmame ventilatório, traduzindo-se num aumento do tempo de ventilação mecânica (Sehgal & Singh, 2016).

Do ponto de vista psicológico, a desnutrição está associada a fadiga e apatia, que por sua vez atrasam a recuperação, exacerbam quadros de anorexia e aumentam o tempo de convalescença (Barker et al., 2011). Para além disso, estudos revelam que a desnutrição tem impacto no *outcome* dos doentes, traduzindo-se em taxas de mortalidade e morbilidade elevadas, aumento do risco e taxa de infeção, aumento do tempo de internamento e do tempo de recuperação e, por consequência, aumento dos custos associados (Bally et al., 2016; Barker et al., 2011; Marinho et al., 2019; Mutrie & Hill, 2018).

A importância da implementação de estratégias para o combate à desnutrição hospitalar já foi reconhecida pelo governo português, tendo sido publicado, em Diário da República, o Despacho n.º 6634/2018 (2018) que determina as ferramentas a aplicar pelas equipas multidisciplinares para a identificação do risco nutricional nos hospitais do Serviço

Nacional de Saúde (SNS) Esta estratégia tem como objetivo o combate à desnutrição hospitalar, promover a recuperação dos doentes e a sua qualidade de vida, através de uma melhor assistência nutricional, acreditando que, se a desnutrição for diagnosticada precocemente, poderá ser dado início a um tratamento com base numa abordagem alimentar individualizada que se prevê eficaz e de baixo custo. Para além disso, estão definidas as intervenções a implementar após a identificação do risco nutricional, que deverá ocorrer até 24 horas após a admissão hospitalar, e a sua monitorização. Este despacho determina também que os serviços devem ser dotados de equipamento adequado, como por exemplo, camas com balança, bem como deve ser assegurada a formação contínua e capacitação dos profissionais de saúde envolvidos.

De acordo com Singer et al. (2019), todos os doentes internados durante mais de 48 horas numa UCI são considerados em risco desnutrição. A resposta metabólica ao stress e o estado nutricional pré-existente são fatores que os predis põem a risco nutricional acrescido (Patel & Codner, 2016).

1.1.1. Avaliação do risco nutricional

A avaliação do risco nutricional e do estado nutricional do doente são dois aspetos fundamentais para o planeamento da terapia nutricional. São várias as ferramentas utilizadas para a avaliação do risco nutricional nos doentes hospitalizados mas, especificamente para o doente crítico, são maioritariamente utilizadas duas escalas: a *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) (Kondrup, Rasmussen, Hamberg, & Stanga, 2003) e a *NUTrition Risk in the critically Ill* (NUTRIC) (Heyland, Dhaliwal, Jiang, & Day, 2011).

O NRS 2002 deteta a desnutrição ou o risco de a vir a desenvolver durante o internamento hospitalar. Consiste em duas etapas. A primeira etapa é composta por quatro questões: Índice de Massa Corporal (IMC) < a 20,5 kg/m²; perda ponderal indesejada nos últimos 3 meses; redução da ingestão alimentar na última semana; e presença de doença grave. Se a resposta for “não” em todas as questões deverá ser feita nova avaliação em 7 dias, se a resposta for sim em alguma das questões passa-se a uma segunda etapa para estratificação do risco. Na segunda etapa aparece uma tabela onde os doentes são classificados segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, podendo-se definir como normal, ligeira, moderada ou grave, sendo a pontuação máxima de 6. Se a idade for superior a 70 anos, adiciona-se mais um valor à pontuação final. Uma pontuação igual ou superior a 3 é indicativa de risco nutricional ou de desnutrição e uma pontuação superior a 5 indica risco elevado (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Paluthy, 2003).

O NUTRIC é uma ferramenta que foi desenvolvida por Heyland, Dhaliwal, Jiang, & Day (2011) para a avaliação do risco nutricional em doentes internados em UCI e que ajuda a discriminar quais beneficiam mais da terapia nutricional tendo por base o risco nutricional. Tem em consideração os seguintes parâmetros: idade; comorbilidades; dias de internamento

antes da admissão na UCI; interleucina-6; e gravidade da doença refletida através do score obtido pelos índices de gravidade *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) (Wong & Knaus, 1991) e *Sequential Organ Failure* (SOFA) (Lakhani, 1985; Vincent et al., 1996); A pontuação final avaliada está compreendida entre 0 e 10, quando doseada a interleucina-6, sendo considerados doentes de alto risco os que apresentam pontuação superior a 6. Por ser mais difícil de calcular, muitos serviços não utilizam o doseamento da interleucina-6. O NUTRIC score modificado (sem interleucina-6) foi validado por Rahman et al. (2016), cujo estudo conclui que esta escala ajuda a identificar os doentes que beneficiam mais de um fornecimento nutricional precoce adaptado às suas necessidades energéticas e proteicas. Esta escala está validada em Portugal (R. Mendes et al., 2017), num estudo que conclui que o NUTRIC score modificado pode ser utilizado de forma sistemática nos doentes críticos, permitindo identificar os que apresentam elevado risco nutricional.

A escala NRS 2002 é a escala mais usada em doentes hospitalizados. No entanto, ainda não foi suficientemente estudada em doentes internados em UCI. Tem como vantagem ser fácil de calcular, não sendo necessário despende muito tempo na sua aplicação (Canales et al., 2019). No que diz respeito à NUTRIC, é apontado como limitação o facto de não se focar em parâmetros nutricionais, tais como o IMC ou alterações no peso, mas sim na gravidade da doença. Os índices APACHE e o SOFA, que fazem parte da escala, requerem o preenchimento de vários dados, sendo por isso mais trabalhoso aplicá-la (Canales et al., 2019).

No que diz respeito às ferramentas de avaliação do risco nutricional, a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (McClave et al., 2016) e a ESPEN (Singer et al., 2019) têm recomendações diferentes. A ASPEN recomenda a utilização das escalas NRS 2002 e NUTRIC em todos os doentes admitidos em UCI e cuja alimentação oral é previsivelmente insuficiente. Já a ESPEN contraria a recomendação de utilização das referidas escalas, dando primazia à avaliação clínica geral do doente: anamnese, avaliação da composição corporal, da massa muscular e da perda não intencional de peso. A ESPEN justifica, referindo que a NRS 2002 não é específica para doentes críticos e que a NUTRIC não inclui parâmetros nutricionais. A mesma entidade identifica como doentes de risco todos aqueles com internamento na UCI superior a 2 dias, sob ventilação mecânica invasiva, infectados, subalimentados por mais de 5 dias e/ou que apresentem doença crónica severa.

Como já foi falado anteriormente, os fatores que predis põem o doente crítico a um risco nutricional acrescido e a desenvolver complicações não estão só relacionados com o seu estado nutricional prévio ao internamento, mas também, e sobretudo, com a evolução da doença crítica. Assim, ao ser utilizada uma escala, considero mais adequado o uso de uma que inclua parâmetros de gravidade da doença porque, efetivamente, esta está associada a um risco mais elevado de *outcomes* negativos. No entanto, na escala NUTRIC, quando os autores defendem que os doentes com risco elevado são os que beneficiam mais de uma

terapia nutricional mais agressiva, não me pareceu claro quais as recomendações nesse sentido. Apesar da escala NRS 2002 ser de fácil implementação, a meu ver tem a grande desvantagem de, na grande maioria das vezes, o doente não estar capaz de responder às questões da escala, pelo que é necessário recorrer à família para obter essa informação, a qual muitas vezes também não consegue ajudar nesse sentido. Apesar de, efetivamente, a evolução da doença crítica não ser igual em todos os doentes, a terapia nutricional deve fazer parte do plano terapêutico de todos os doentes, uma vez que o objetivo primordial não é tratar a desnutrição, mas sobretudo preveni-la. Poderá haver doentes que necessitem de um controlo mais “apertado” das necessidades energéticas e do aporte calórico. Assim, concordo com a recomendação da ESPEN quando defende que devem ser considerados doentes de risco todos aqueles com internamento na UCI superior a 2 dias, sob ventilação mecânica invasiva, infetados, subalimentados por mais de 5 dias e/ou que apresentem doença crónica grave.

1.2. Nutrição na pessoa em situação crítica

A nutrição é essencial para a função das células. A ingestão de micro e macronutrientes é essencial para o processo metabólico que mantém a homeostasia. Durante a doença crítica as necessidades metabólicas do organismo vão-se alterando em consequência da resposta ao stress, que é a reação do organismo a um estímulo stressor (por exemplo, infeção e hemorragia) como forma de manter a homeostasia (Mutrie & Hill, 2018).

A doença crítica induz respostas metabólicas e imunológicas altamente complexas e variáveis (Patel & Codner, 2016). A resposta metabólica ao stress na doença crítica engloba duas fases iniciais: a fase “*ebb*” e a fase “*flow*”. Numa fase posterior entra-se numa fase anabólica caracterizada pelo início da reconstrução muscular e do processo de homeostasia. (Patel & Codner, 2016). A fase “*ebb*” acontece até 24 horas após a exposição ao estímulo stressor e caracteriza-se por um quadro de instabilidade hemodinâmica e redução do metabolismo basal. Nesta fase, a resposta inicial de ataque ou fuga assegura que o oxigénio e a glicose cheguem em quantidades suficientes aos órgãos vitais, restringindo-os a outros não essenciais, como os rins e o fígado, como forma de preservar o máximo de energia possível. A fase “*flow*” está associada a um estado hipermetabólico e hipercatabólico. A exposição continuada ao estímulo stressor exige do organismo energia adicional e um aumento dos níveis de oxigénio para dar resposta ao aumento das necessidades metabólicas. Para isso, o organismo utiliza as suas reservas de glicose, recorrendo ao glucagon que estimula a liberação de glicose do glicogénio hepático e a síntese de glicose a partir de aminoácidos (neoglicogénese). Adicionalmente, aumenta a degradação de proteínas provenientes do músculo e gordura do tecido adiposo, que aumentam, ainda mais, o consumo de energia e de oxigénio. Paralelamente, são ativados processos neuro-endócrinos

(hipotálamo-hipofisários) e imuno-inflamatórios, com ativação da cascata inflamatória libertando citocinas e outros mediadores inflamatórios, o que leva a um estado de catabolismo descontrolado, proteólise, resistência à insulina, aumento dos gastos energéticos e uso de substratos energéticos (Patel & Codner, 2016; Patel, Hurt, McClave, & Martindale, 2017). Este estado hipercatabólico pode levar a algumas complicações, como a rápida perda de peso, atraso da cicatrização, imunidade reduzida e hiperglicémia (Mutrie & Hill, 2018).

A evidência científica mais recente mostra que a nutrição, sobretudo a entérica, traz benefícios para o doente crítico uma vez que atenua a resposta metabólica ao stress, previne a lesão celular oxidativa e modula favoravelmente a resposta imunitária (McClave, Martindale, Rice, & Heyland, 2014; O'Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017; Patel et al., 2017). Neste sentido, atualmente, o suporte nutricional no doente crítico já não é visto como um cuidado coadjuvante mas sim como uma estratégia terapêutica, pelo que houve uma mudança no conceito de suporte nutricional para terapia nutricional (McClave et al., 2016). De acordo com a mesma fonte, os benefícios anteriormente descritos são possíveis de atingir através do início precoce da NE, da administração de micro e macronutrientes e de um controlo glicémico rigoroso. A ESPEN considera como terapia nutricional não só a NE e a nutrição parentérica (NPT) mas também os suplementos nutricionais orais (Singer et al., 2019). No entanto, nem todos os doentes beneficiam de igual modo da terapia nutricional, sendo que doentes com baixo risco nutricional, com doença de gravidade moderada e com um curto tempo de internamento irão beneficiar pouco, ao passo que doentes com moderado a elevado risco nutricional podem beneficiar mais da NE precoce ou ser prejudicados pela subalimentação iatrogénica (McClave et al., 2014). A falha em fornecer precocemente uma nutrição adequada leva frequentemente a défices calóricos e proteicos que, por sua vez, aumentam o risco de complicações, com efeito negativo no *outcome* do doente (O'Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017).

De acordo com Singer et al. (2019), em cuidados intensivos, a terapia nutricional deve ser planeada cuidadosamente e considerada ao mesmo nível de qualquer outra terapia de suporte de órgão.

even if the evidence regarding a clear benefit from timely and tailored nutritional intervention is scarce, minimizing (further) malnutrition along with the avoidance of overfeeding and complications of nutrition during the hospital stay should be the aim for every patient in the ICU (Singer et al., 2019. p.7).

Os benefícios da NE sobre a NPT estão bem documentados na literatura, estando associada a um menor risco de infeção. Os benefícios nutricionais da NE incluem o aporte adequado de proteínas, calorias micro e macronutrientes e antioxidantes; manutenção da massa magra corporal; estimulação da síntese proteica para satisfazer as necessidades metabólicas do doente e aumento da função mitocondrial. Como mais-valia a NE tem também

benefícios não nutricionais: mantém a integridade e a contractilidade intestinal, prevenindo o aumento da permeabilidade a bactérias assim como o seu crescimento e virulência; estimula a resposta imunitária libertando imunoglobulina A; diminui a libertação de citocinas inflamatórias; ajuda a atenuar a resposta metabólica ao stress contribuindo para a diminuição da resistência à insulina e redução da hiperglicémia (McClave et al., 2014; O’Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017; Patel, Hurt, et al., 2017; Patel, Martindale, & McClave, 2017). No entanto, a mesma não é isenta de complicações, sendo as complicações gastrointestinais as mais frequentes (Stewart, 2014). Os sinais de intolerância caracterizam-se por ausência ou alteração dos sons intestinais, diarreia, distensão abdominal, desconforto abdominal, vômitos, hemorragia gástrica e elevado conteúdo gástrico (McClave et al., 2016). A aspiração de conteúdo gástrico é a complicação mais séria da alimentação por via entérica, podendo originar uma pneumonia por aspiração, com consequências na mortalidade e morbilidade do doente (Stewart, 2014). É recomendação da ASPEN e da ESPEN que deve ser considerada a administração de pró-cinéticos se à avaliação do abdómen não houver sinais de complicações abdominais (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019).

De acordo com Marinho et al. (2012, p.7), “doentes críticos são um grupo de doentes francamente hipermetabólicos e hipercatabólicos que, quando internados por um período superior a 3 dias, necessitam de um suporte nutricional adequado às suas necessidades reais.” Para podermos adequar a terapia nutricional ao doente e às suas necessidades específicas, prevenindo a desnutrição, e tirando partido dos seus benefícios enquanto terapêutica, é necessário realizar uma avaliação adequada das necessidades energéticas.

É consensual o uso da calorimetria indireta como método preferencial para a avaliação das necessidades energéticas por ser o mais fidedigno (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019). Esta técnica não invasiva permite o cálculo do consumo energético através da determinação do consumo de oxigénio (VO_2) e da produção de dióxido de carbono (VCO_2), utilizando uma fórmula matemática pré-estabelecida, que permite também identificar o consumo de diferentes substratos energéticos quando incluído o nitrogénio ureico urinário de 24 horas (Marinho et al., 2012). No entanto, tem a desvantagem de ter um custo elevado e, por isso, nem todas as UCI tem acesso ao seu cálculo. Caso a calorimetria indireta não esteja disponível nem, em alternativa o VCO_2 obtido através dos ventiladores ou o VO_2 pelo cateter da artéria pulmonar, a ESPEN recomenda o uso de fórmulas simples baseadas no peso – 20 a 25 kcal/kg/dia (Singer et al., 2019). A ASPEN, em alternativa, recomenda também o uso de fórmulas preditivas como a de Harris-Benedict e equações simples baseadas no peso, mas usando como cálculo 25-30 kcal/kg/dia. Nos obesos com IMC entre 30-50 é recomendado 11-14 kcal/kg/dia e com IMC > 50 a recomendação é 22-25 kcal/kg/dia (McClave et al., 2016).

As *guidelines* da ESPEN e da ASPEN são consensuais quanto ao início da terapia nutricional. Ambas recomendam que a NE deve ser a primeira escolha ao invés da NPT, sendo que o seu início deverá ser precoce – nas primeiras 24 a 48 horas – e administrado

sob perfusão contínua (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019). No entanto, a quantidade ideal a administrar para melhorar os *outcomes* continua a ser questionada (Mulherin & Cogle, 2017). Se há algumas décadas se dava primazia à sobrealimentação, ao quanto mais melhor, atualmente o paradigma é diferente. Se por um lado é unânime que deve ser evitada a sobrealimentação, por outro a baixa ingestão calórica, abaixo de 50%, pode levar à perda de massa muscular e aumentar o risco de infeções (Singer et al., 2019), pelo que, ainda é difícil identificar qual o objetivo calórico nas diferentes fases da doença crítica. A sobrealimentação é definida como a administração excessiva de energia em relação às necessidades corporais, superior a 110% das necessidades energéticas calculadas (Singer et al., 2019).

De acordo com a ESPEN (Singer et al., 2019), deve ser evitada a administração da totalidade das necessidades energéticas nas primeiras 72 horas, pois aumenta o risco de desenvolvimento da síndrome de realimentação. É recomendado pela mesma entidade que na fase inicial da doença – 24 a 48 horas – deve ser administrada uma nutrição hipocalórica, ou seja, que não exceda 70% das necessidades energéticas estimadas. Segundo a ASPEN (McClave et al., 2016), o objetivo definido para a NE deve ser atingido entre 48 a 72 horas, sendo que, no final da primeira semana, deve ser garantido o aporte de pelo menos 50 a 65% das calorias, de forma a prevenir complicações e a melhorar os *outcomes*. É também aceite pelas duas entidades que a NE deve ser protelada nas primeiras 24 horas e em casos de compromisso ou instabilidade hemodinâmica, até estarem garantidas a ressuscitação e a estabilidade hemodinâmica. O facto de se ter deixado de administrar o total do aporte calórico nas primeiras 24 horas tem a ver com as complicações associadas à sobrealimentação – hiperglicémia, hiperlipidémia, risco de infeção e esteatose hepática – e com o aparecimento da síndrome de realimentação – complicação potencialmente fatal que pode acontecer em doentes desnutridos quando iniciam a alimentação, manifestada por descontrolo eletrolítico e insuficiência respiratória e cardíaca (Koekkoek & Van Zanten, 2018; Sehgal & Singh, 2016).

Relativamente ao aporte proteico, definir a determinação das necessidades proteicas do doente crítico continua a ser difícil (Koekkoek & Van Zanten, 2018). Os resultados obtidos em recentes estudos randomizados deixam transparecer a necessidade urgente da realização de mais estudos que deem resposta a algumas questões neste âmbito, nomeadamente qual a quantidade adequada de proteína a administrar e o melhor *timing* para o fazer (Kopp Lugli, de Watteville, Hollinger, Goetz, & Heidegger, 2019). A proteína é vital para a cicatrização, para a função imunológica e para a manutenção da massa magra muscular. Minimizar o desgaste muscular promove uma melhoria da função muscular durante a fase de recuperação (O'Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017). A ESPEN recomenda um aporte proteico progressivo de 1,3 gr/kg/dia (Singer et al., 2019) enquanto que a ASPEN recomenda um aporte entre 1,2 a 2,0 gr/kg/dia em doentes com IMC < a 30 (McClave et al., 2016).

O *timing* ideal para instituir a NPT suplementar em doentes que não atingem os objetivos calóricos com a NE ainda é controverso. A NPT está associada a maiores taxas de

infecções, mas, apesar disso, estudos recentes concluem que não existe diferença no que diz respeito a taxas de mortalidade quando comparado com a NE (O’Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017). As recomendações da ESPEN (Singer et al., 2019) sugerem que a NPT só deve ser iniciada entre 3 a 7 dias após admissão em doentes em que a NE não é possível ou está contraindicada, tendo em consideração que não deve ser iniciada até se garantir que foram implementadas todas as estratégias para maximizar a tolerância da NE. Recomenda ainda NPT suplementar em doentes que recebem menos de 60% das calorias necessárias calculas por via entérica após 2 dias (Singer et al., 2019). Já a ASPEN (McClave et al., 2016) só recomenda este tipo de nutrição em doentes com elevado risco nutricional, sendo que nos outros a NPT deve ser adiada até 7 dias. A NPT suplementar deve ser considerada em doentes que não conseguem atingir 60% das necessidades nutricionais por via entérica após 7 a 10 dias de internamento, justificando que a sua introdução antes desse período não melhora o *outcome* e pode ser prejudicial para o doente (McClave et al., 2016).

Atendendo aos benefícios descritos e ao impacto que têm no *outcome* do doente, percebemos que a nutrição no doente crítico tem um objetivo terapêutico devendo, por isso, fazer parte do seu plano de tratamento. As *guidelines* europeias e norte-americanas são consensuais no que diz respeito ao início da NE e às contraindicações ao início da mesma, bem como aos métodos de cálculo das necessidades energéticas. As principais diferenças surgem nas recomendações relativamente ao início da NPT suplementar. No entanto, estas recomendações devem ser adaptadas à realidade de cada contexto clínico.

Apesar de nos últimos anos se ter verificado um aumento da preocupação e investimento em investigação nesta área, ainda são necessários mais estudos, nomeadamente no que diz respeito ao aporte ideal de proteínas.

1.3. Cuidar da pessoa em situação crítica

patients who become acute or critically ill or injured are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability. (...) these patients are typically life-dependent on continuous intensive care and the supporting technology (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011. p. 87).

Também a Ordem dos Enfermeiros define PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento N.º.429/2018, 2018. p. 19362).

A PSC está, por isso, dependente de cuidados de enfermagem e da vigilância contínua do enfermeiro, com recurso a meios tecnológicos altamente diferenciados. A complexidade das situações clínicas exige do enfermeiro competências especializadas e conhecimento

teórico-científico que permitam prestar cuidados que deem resposta antecipada e pronta nas situações de rápida instalação de instabilidade.

os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como respostas às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento No.429/2018, 2018, p. 19362).

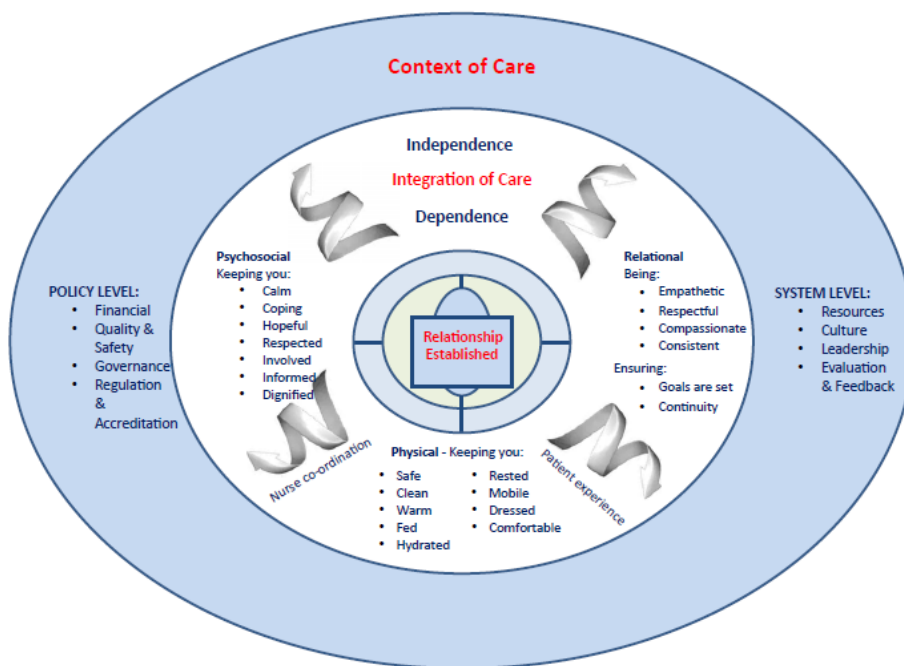
O cuidar em enfermagem pressupõe um olhar holístico da pessoa que cuidamos. A forma como os nossos cuidados são prestados e o grau de compromisso que assumimos perante a pessoa têm impacto na sua recuperação e na forma como vivencia o processo de doença.

A teoria “*Fundamentals of Care*” (Kitson et al., 2013) nasce de uma preocupação relacionada com o fracasso que se tem vindo a constatar em assegurar cuidados fundamentais de qualidade e adequados às necessidades da pessoa doente, emergindo a necessidade de repensar a forma como esses cuidados são assegurados pelo enfermeiro. Os autores vão mais longe no conceito de cuidados básicos, não se limitando às necessidades humanas básicas, e definindo-os como cuidados fundamentais, uma vez que o comprometimento dos mesmos põe em causa a segurança, a recuperação e a vida do doente.

De acordo com Kitson (2016), os cuidados fundamentais são todos aqueles que é necessário prestar a cada pessoa, independentemente do seu estado de saúde ou contexto de cuidados. Segundo a mesma autora o termo “fundamental” centraliza a ideia do impacto desses cuidados no bem-estar da pessoa, potenciando a sua recuperação quando doente e assegurando experiências de cuidado positivas.

Um dos pressupostos desta teoria é o cuidado centrado na pessoa, conceito também defendido e desenvolvido por outros autores, tais como McCormack & McCance (2006). O cuidado centrado na pessoa pressupõe o envolvimento desta na tomada de decisão e escolhas, o que está intimamente relacionado com as suas necessidades fisiológicas, psicossociais, culturais e emocionais. Para isso, o foco dos cuidados não deve ser a doença ou o tratamento, mas sim a pessoa no seu todo (Kitson et al., 2013). Assim, para a prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, o enfermeiro deve ter em consideração não só as suas necessidades fisiológicas (onde se inclui a nutrição) mas também as necessidades psicossociais e relacionais (figura 1). É neste sentido que se considera que as autoras vão para além daquilo que são as necessidades humanas básicas, pois nesta teoria estas 3 vertentes estão inter-relacionadas.

Figura 1. Fundamentals of Care Framework



Fonte: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf

A teoria consiste em 3 dimensões interdependentes que giram em redor do enfermeiro, da pessoa doente, da família e do contexto de cuidados: o estabelecimento da relação, a prestação e integração dos cuidados fundamentais e o contexto.

No centro, o conceito central da teoria, a relação enfermeiro-doente/família. Só através do estabelecimento de uma relação com a pessoa é possível conhecê-la e, assim, identificar as suas necessidades fundamentais bem como antecipá-las, garantindo cuidados personalizados. A forma com o enfermeiro e a pessoa interagem está muito dependente do nível de dependência da pessoa alvo de cuidado.

Estabelecer uma relação positiva exige 5 elementos: confiança, foco, atenção, antecipação das necessidades, conhecer e avaliar a qualidade da relação estabelecida, identificando e negociando quando há necessidade de envolver outra pessoa neste processo, por exemplo, um familiar. Kitson et al. (2013) reforçam que é função do enfermeiro assegurar a passagem de informação para os restantes membros da equipa de cuidados, garantindo a continuidade dos mesmos. *"Having the patient repeat the same information to numerous staff is disrespectful to the individual patient"* (Kitson et al., 2013. p. 14).

caring is more than doing things to people. It is a series of interactions mediated through relationships. Focusing on who is in front of you is integral, not optional. The ability to engage, focus on the other person, and see their self-care need from their biographical perspective are essential skills. (Kitson et al., 2013. p. 9).

A segunda dimensão da teoria “*integration of care*” tem o foco na forma como as necessidades fundamentais de cada doente são asseguradas e na importância da relação enfermeiro-doente para as gerir, o que envolve compromisso e parceria nos cuidados. Assegurar cuidados fundamentais de qualidade exige não só assegurar as necessidades fisiológicas, mas também as necessidades psicossociais e relacionais da pessoa. Estes 3 elementos estão interrelacionados na medida em que cada um tem impacto nos outros. Considere-se, por exemplo, o impacto que determinados cuidados fisiológicos têm no bem-estar psíquico da pessoa.

Após o estabelecimento da relação, o enfermeiro cria, em parceria com o doente, um plano de cuidados que facilite a recuperação da sua autonomia ou o ajude a gerir o seu estado de dependência caso a mesma seja previsível de ser permanente. O enfermeiro deve avaliar aquilo que a pessoa consegue fazer sozinha sob sua orientação e aquilo em que necessita de ajuda total. Em situações de extrema dependência, como acontece na PSC, o enfermeiro assegura o cuidado fundamental ao doente, garantindo a sua segurança e agindo com respeito e preservando a sua dignidade, avaliando quando há necessidade de integrar no cuidado outros elementos da equipa de saúde. Em situações de doença crítica, em que muitas vezes a pessoa está incapaz de comunicar, é importante estabelecer um cuidado em parceria com a família, obtendo informação que permita conhecer a pessoa de quem cuidamos.

A qualidade da relação enfermeiro-doente e a forma como os cuidados são assegurados está dependente do contexto de cuidados, a última dimensão da teoria. O contexto de cuidados refere-se aos recursos físicos (equipamentos, infraestruturas) e humanos (rácios e competências), à cultura da instituição, aos estilos de liderança, às formas de avaliação individual, das equipas e da organização que possibilitem feedback construtivo, bem como às políticas implementadas.

Conforme foi mencionado, a PSC, pela sua condição clínica, está frequentemente dependente da tecnologia, seja de meios de diagnóstico e terapêutica, seja de meios de vigilância.

A vigilância é a essência do cuidar em enfermagem (Meyer, Levin, & Lavin Ann, 2005) e sem dúvida que a tecnologia trouxe um grande contributo nessa área. No entanto, de pouco serve a tecnologia sem o raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro. Seja ao utilizar equipamento como bombas infusoras que ajudam a garantir que os fármacos e a nutrição são administrados ao doente exatamente na quantidade e dosagem programadas, seja através da interpretação de valores hemodinâmicos no monitor que podem indicar dor e desconforto ou complicações associadas à administração dos mesmos, considero que a tecnologia pode ser usada como aliada no cuidar e, por isso, saber usá-la nesse sentido deverá ser uma das preocupações do enfermeiro.

Assim, fez-me sentido complementar a teoria “*Fundamentals of Care*” com a teoria “*Technogical Competency as Caring in Nursing*” (Locsin, 2005). O autor defende que o cuidar

e a tecnologia podem coexistir em harmonia quando se usa a tecnologia como um meio para atingir um fim, que é o cuidar, referindo ainda que a ideia de intencionalidade é a ligação explícita entre a tecnologia e o cuidar. *“When technology is employed competently in nursing situations as an intentional expression of caring in nursing, the troublesome dichotomies disappear”* (Locsin, 2005. pp. XXI).

O conceito de tecnologia neste modelo é visto como uma das muitas maneiras de compreender o comportamento humano. O enfermeiro usa a competência tecnológica que desenvolveu com o propósito de conhecer a pessoa que cuida, reconhecendo a pessoa como pessoa e vendo-a como um todo, assumindo-se por isso uma importante variante do cuidar (Locsin, 2005).

1.3.1. Cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica sob terapia nutricional

A crescente preocupação na área da nutrição do doente crítico tem levado a que tenham sido pensadas estratégias de combate à desnutrição destes doentes. A implementação de protocolos de NE geridos pelo enfermeiro, enquanto membro da equipa multidisciplinar, tem sido uma das estratégias apontadas para garantir que os objetivos nutricionais são atingidos, minimizando as interrupções na administração da nutrição (McClave et al., 2016; O’Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017; Ros et al., 2009), sendo que são vários os estudos que demonstram essa mais-valia (Kalaldehy & Shahin, 2015; Marshall et al., 2012; Orinovsky & Raizman, 2018; VanBlarcom & McCoy, 2018). Portanto, sendo que a maioria das intervenções associadas aos protocolos são responsabilidade do enfermeiro, a formação na área da nutrição e o conhecimento das recomendações científicas são componentes de que o enfermeiro deve ser detentor. Se não houver reconhecimento sobre a importância e influência da nutrição na recuperação do doente e nos seus *outcomes*, a nutrição acaba por não ser uma prioridade no cuidado ao doente, contribuindo para que não seja administrado um aporte adequado de nutrientes.

A importância da formação é também referida nos estudos realizados por Bloomer, Clarke, & Morphet (2018), Ellis (2015) e Kim & Chang (2019). Segundo Marshall et al. (2012), se os enfermeiros continuarem a não atribuir importância à terapia nutricional e a deixá-la para segundo plano nas práticas de cuidados podemos ter como consequência a desnutrição iatrogénica.

Um estudo realizado por Elpern, Stutz, Peterson, & David (2004) revela que o tempo médio de interrupção da NE por dia, por doente numa UCI, é cerca de 5 horas. Essas interrupções estão relacionadas com procedimentos, realização de exames, posicionamento, técnicas relacionadas com o acesso para alimentação e intolerâncias gástricas. Muitas dessas interrupções estão diretamente relacionadas com os cuidados de enfermagem, o que vai de encontro ao referido por VanBlarcom & McCoy (2018). Assim, deve ser função do enfermeiro

questionar potenciais interrupções desnecessárias da NE e assegurar a retoma da mesma quando a interrupção já não é necessária, limitando assim o tempo que o doente esteve sem a nutrição (Stewart, 2014). É recomendação da ASPEN que as interrupções desnecessárias devem ser evitadas (McClave et al., 2016).

O enfermeiro tem um papel importante na avaliação nutricional e identificação do risco nutricional (Marshall et al., 2012; Mutrie & Hill, 2018; VanBlarcom & McCoy, 2018), para definir um plano nutricional para o doente cuja implementação é função do enfermeiro (VanBlarcom & McCoy, 2018). São também intervenções do enfermeiro o início da terapia nutricional, seja por via entérica ou parentérica (Bloomer et al., 2018; Ellis, 2015; Marshall et al., 2012; Orinovsky & Raizman, 2018; VanBlarcom & McCoy, 2018), bem como a colocação da sonda nasogástrica (SNG) para a NE, a confirmação da sua localização e a vigilância da permeabilidade da mesma (Berger et al., 2019; Ellis, 2015; Marshall et al., 2012).

Devido ao risco de infeção associado ao cateter venoso central (CVC) e à NPT, é importante que os enfermeiros cumpram as recomendações das *guidelines* de prevenção e controlo da infeção ao manusear o mesmo e que usem técnica assética para substituir os sistemas de administração (Mutrie & Hill, 2018).

De acordo com Berger et al. (2019), a vigilância nutricional tem como objetivos: assegurar que a terapia nutricional é planeada e fornecida de acordo com o prescrito em relação ao objetivo a nível de energia proteínas e micronutrientes; prevenir e detetar possíveis complicações; vigiar a resposta à nutrição, detetar sinais da síndrome de realimentação; e detetar défices de micronutrientes em doentes de risco.

Também no âmbito da nutrição, a vigilância, prevenção e tratamento de complicações associadas são responsabilidade do enfermeiro (Marshall et al., 2012; Stewart, 2014), exigindo conhecimento e perícia para as prevenir (O'Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017). Como já foi falado anteriormente, as complicações gastrointestinais associadas à NE são comuns, pelo que é recomendação da ASPEN que a tolerância à NE deve ser verificada diariamente através da vigilância da presença de sinais de intolerância. A vigilância destes sinais faz parte da intervenção do enfermeiro que adota estratégias de prevenção e de tratamento destas complicações de forma atempada (Ellis, 2015; Orinovsky & Raizman, 2018; VanBlarcom & McCoy, 2018).

Uma das complicações associada à NE é a aspiração, que pode ser prevenida através do posicionamento do doente com a cabeceira entre 30 a 45° ou em *trendelenburg* invertido, se contraindicada a elevação da cabeceira (Marshall et al., 2012; Orinovsky & Raizman, 2018; VanBlarcom & McCoy, 2018). A monitorização do volume residual gástrico (VRG) é outra das formas de vigilância da intolerância gástrica, assim como de prevenir a pneumonia por aspiração.

O VRG é um dos fatores que também contribui para interrupções da NE. De acordo com Viana et al. (2017), 80% das monitorizações com um VRG elevado representam

episódios isolados, que podem ser explicados pela influência de múltiplos fatores. Segundo os mesmos autores, o VGR tende a ser maior no início da administração da NE e menor a partir do momento em que a tolerância aumenta, a contractilidade é restaurada e o doente evolui clinicamente, o que os leva a concluir que a eliminação desta prática melhora o fornecimento da NE sem pôr em risco a segurança do doente. A ASPEN e a ESPEN recomendam que a NE não devem ser suspensa com VGR < a 500ml, justificando que até esses valores não há risco de aspiração (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019). Acrescentam ainda que esta monitorização não deve ser feita por rotina. É recomendação da ASPEN que a NE só deve ser suspensa mediante VGR > 500 ml associado à presença de sinais de intolerância.

Na PSC, a hipo e a hiperglicémia estão ambas associadas a *outcomes* negativos e ao aumento da mortalidade (Berger et al., 2019). A vigilância e controlo glicémico são identificados por (McClave et al., 2016) como uma estratégia para atenuar os efeitos do stress metabólico enquadrada nos cuidados de enfermagem (Mutrie & Hill, 2018). De acordo com as recomendações da ASPEN, o intervalo glicémico deverá ser mantido entre 140 a 180 mg/dl, sendo que acima de 180 mg/dl deverá ser instituída perfusão de insulina (McClave et al., 2016). Por outro lado, a ESPEN recomenda que o controlo glicémico deve ser realizado a cada 4 horas nos primeiros dois dias de internamento na UCI e que deve ser iniciada insulino terapia quando a glicémia capilar exceder os 150-180 mg/dl (Singer et al., 2019).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

De acordo com Benner (2001), para a aquisição e desenvolvimento de competências, é necessário a integração dos saberes da teoria na prática. É através da experiência, do saber-fazer em contextos clínicos particulares e do domínio do conhecimento que o enfermeiro adquire e desenvolve competências. “A experiência é, por isso, necessária para a perícia” (Benner, 2001, p.33). Pretendendo o desenvolvimento de competências que caracterizam um enfermeiro perito, considerado pela mesma autora como aquele que age a partir de uma compreensão profunda da situação global, é fundamental a realização de estágios em contexto.

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências explanado no presente relatório foi realizado em diferentes contextos clínicos por forma a dar resposta ao objetivo geral definido: aprofundar competências especializadas no cuidado de enfermagem à PSC e família, com ênfase para o suporte nutricional, tendo como fio condutor os objetivos e competências do presente curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010) e dos plasmados na lei portuguesa (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), bem como as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento N.º 140/2019, 2019) e específicas na área de enfermagem à PSC (Regulamento N.º 429/2018, 2018). Assim, foram selecionados 3 contextos de estágio: um SU polivalente num hospital central de Lisboa e duas UCI – uma cirúrgica (UCIC) e outra polivalente (UCIP) – de um centro hospitalar de Lisboa, com o objetivo de maximizar a aquisição e desenvolvimento de competências relativamente à terapia nutricional da PSC, tirando partido das especificidades inerentes a cada um.

Durante a fase de projeto de estágio foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) com o objetivo de responder à questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que promovem uma nutrição adequada da PSC?” (protocolo no apêndice II). A realização da mesma permitiu uma atualização de conhecimento científico e identificar as intervenções de enfermagem e a sua mais-valia no cuidado à PSC na área da terapia nutricional. Esse contributo foi importante para a realização dos estágios, dando sustentação teórica e científica à minha prática. Sendo um dos meus objetivos específicos *conhecer a melhor evidência científica dirigida ao suporte nutricional da PSC*, essa procura de evidência e conhecimento não cessou com a realização da RIL, pelo contrário, foi parte integrante do percurso desenvolvido.

Após a conclusão deste percurso é importante fazer uma análise e reflexão crítica do mesmo. Estruturalmente, este capítulo está dividido em dois subcapítulos de acordo com cada contexto – SU e UCI. A respetiva análise e reflexão será realizada individualmente por cada objetivo específico delineado para cada contexto, pretendendo demonstrar os resultados

obtidos no que diz respeito às competências adquiridas e desenvolvidas, analisando também as dificuldades sentidas e as estratégias adotadas.

2.1. Serviço de Urgência

“O SU tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas, que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p.1). O serviço onde desenvolvi o estágio é um serviço de urgência polivalente (SUP), considerado o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência (Ministério da Saúde, 2014) e é também um centro de trauma que, segundo a mesma fonte, tem a responsabilidade de assegurar o tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave.

O objetivo geral delineado para este estágio foi: *desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à PSC e família em contexto de SU*, operacionalizado através de atividades que constam do apêndice I.

Sendo a minha experiência profissional exclusivamente dedicada aos cuidados intensivos, a realidade de um SU era-me completamente desconhecida e, confesso, um pouco assustadora. Em contraste com a UCI, o SU é um serviço com grande rotatividade diária de doentes, aparentemente mais desorganizada, e, pelos ritmos de trabalho acelerados, um ambiente mais confuso para quem é externo. Entre o vai e vem de profissionais, de macas, de doentes, de familiares angustiados, parece difícil conseguir cuidar neste ambiente.

Este SU está dividido por setores: triagem, balcões de atendimento (verdes/azuis e amarelos/laranjas), pequena cirurgia, ortopedia, oftalmologia, 5 salas de observação, 2 salas de reanimação e 2 salas de trauma. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 120 enfermeiros divididos por equipas, sendo que cada uma tem um enfermeiro chefe de equipa que está fora da prestação de cuidados e cuja função é a gestão dos recursos humanos, das vagas existentes para a alocação dos doentes e respetivas transferências. No entanto, sempre que necessário, colabora na prestação de cuidados.

No momento da realização do estágio, o serviço estava em obras de remodelação o que, de certa forma, foi uma limitação pois alguns setores estavam a funcionar em locais provisórios, obrigando a um reajuste em termos operacionais. O balcão de verdes, ou balcão de ambulatório, estava afastado dos restantes setores, estando destinado a doentes que não necessitam de maca ou que não tem acompanhante (independentemente da prioridade de triagem). O balcão de amarelos, designado balcão de macas, recebia doentes que precisavam de estar em maca, quer pela sua condição clínica quer pela sua condição de dependência (independentemente da prioridade de triagem). Assim, não existia separação dos doentes consoante a sua prioridade de atendimento/gravidade mas sim consoante o grau de dependência. Consequência das obras e da grande afluência de doentes, as vagas disponíveis não eram suficientes, verificando-se a necessidade de internar doentes em

corredor. Nas salas de observação eram alocados doentes com algum grau de dependência e/ou que necessitavam de maior vigilância pela sua condição clínica.

Atividades dirigidas a concretizar os objetivos:

- *Prestar cuidados de enfermagem individualizados e especializados à PSC em risco de falência multiorgânica e família, suportados pela Teoria “Fundamentals of care”;*
- *Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especializado na valorização dos cuidados fundamentais à PSC em contexto de SU;*

Nos primeiros turnos a principal preocupação foi observar a dinâmica da equipa, conhecer a constituição das salas, sobretudo a localização do material e equipamento (que estava devidamente identificada nos armários), recorrendo também aos dossiers com protocolos do serviço, participando nos cuidados à medida que me ia sendo proporcionado. O contexto, organizacional e do sistema de saúde, pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade dos cuidados fundamentais que são prestados; por isso é importante saber identificar os recursos necessários - físicos, materiais e humanos - ao dispor, que permitam dar resposta aos mesmos de forma eficiente (Kitson, 2018). Desta forma, o reconhecimento dos recursos existentes permite uma melhoria dos cuidados prestados. O facto de ter sido acolhida como um elemento pertencente à equipa foi um fator facilitador da integração, havendo sempre abertura para a discussão de situações e partilha de ideias e de experiências. Conseguindo ultrapassar o período de adaptação foi possível integrar a equipa multidisciplinar em situações complexas de cuidados e prestar cuidados em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes politraumatizados, doentes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC), doentes do foro cardiológico, doentes com infeção/insuficiência respiratória, doentes com hemorragias digestivas e em choque hemorrágico. Apesar da grande diversidade de situações vivenciadas, não surgiu, por exemplo, nenhuma situação de paragem cardio-respiratória e, portanto, não foi possível identificar a dinâmica e o trabalho em equipa nestas situações extremas neste contexto de cuidados.

Para a prestação de cuidados neste ambiente de alta complexidade e que me era desconhecido foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos previamente. Foi essencial o conhecimento que desenvolvi através do curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) realizado no presente curso de mestrado, bem como o curso de suporte avançado de vida que já tinha. Foi também necessário realizar pesquisa sobre a triagem de *Manchester* a fim de compreender os seus objetivos *major* e a lógica dos algoritmos de triagem.

Durante a realização do estágio foi possível passar pelos vários setores do SU, o que permitiu perceber o circuito do doente desde a triagem até ao internamento ou alta.

A norma 002/2018 (2018) da Direção Geral da Saúde (DGS) define a utilização da triagem de *Manchester* em todos os SU. Esta triagem, realizada através de fluxogramas, baseia-se na queixa apresentada e define a prioridade clínica de cada pessoa que, por sua vez, se traduz em tempos de atendimento (Marques & Freitas, 2010). A realização da triagem é função do enfermeiro que tem formação específica na área. Arrisco-me a dizer que é o setor mais importante do SU. Sendo a porta de entrada do doente no serviço e na unidade hospitalar, o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida, uma vez que a prioridade que atribuir vai ditar o tempo até ao atendimento médico. O processo autónomo de tomada de decisão exige do enfermeiro não só o conhecimento do fluxograma de triagem, mas também conhecimentos teórico-científicos sólidos e uma rápida e eficiente capacidade de avaliação e interpretação de sinais e sintomas, muitas vezes subtis, mas que podem influenciar o prognóstico final. É o caso das síndromes coronárias agudas e do AVC, em que o enfermeiro deve identificar precocemente os sinais e ativar de imediato a via verde, garantindo um rápido encaminhamento, diagnóstico precoce e tratamento em tempo útil. É, por isso, evidente a responsabilidade do enfermeiro neste âmbito.

Foi possível identificar vários protocolos existentes que ajudam a uniformizar a prática e a gestão em termos operacionais, bem como identificar as vias verdes existentes – via verde AVC, via verde coronária, via verde da sépsis, e as vias verdes de monotrauma e de colo do fémur, esta última desenvolvida e implementada no serviço tendo em conta a grande casuística destes casos. A principal intervenção surge na realização precoce de uma radiografia que vai permitir identificar a lesão e posterior observação pelo médico especialista, garantindo uma avaliação mais célere destes doentes. As vias verdes podem ter sido acionadas no pré-hospitalar ou na triagem, cujo objetivo é o encaminhamento e tratamento precoces.

Pude constatar que a via verde AVC é ativada com muita frequência, podendo a ativação ser feita na triagem ou no pré-hospitalar. Parte integrante desta via verde é a existência de uma equipa de primeira abordagem ao doente vítima de AVC constituída por um enfermeiro e um médico da unidade cerebrovascular em colaboração com um enfermeiro do SU, tendo sido possível observar esta dinâmica e prestar cuidados em colaboração. Quando é ativada esta via verde, o doente é encaminhado para a Tomografia Axial Computorizada (TAC) onde se encontra a referida equipa à sua espera e onde é feita a avaliação do doente – abordagem ABCDE com enfoque na avaliação neurológica, punção de acesso venoso periférico, colheita de sangue para análises e avaliação do INR (*International normalized ratio*) (existe máquina para avaliação no momento). Após a conclusão pelas imagens da TAC é decidido o encaminhamento do doente – se houver necessidade de trombólise a mesma é realizada na sala de emergência do SU onde há maior vigilância. Nas situações de cuidados que presenciei nunca foi realizada trombólise.

Apesar de ter tido oportunidade de passar pelos vários setores do SU, o estágio foi realizado maioritariamente em sala de reanimação/trauma e em balcão de macas/amarelos e laranjas. Pude com isto constatar o que foi falado nas aulas do presente curso de mestrado, de que o doente crítico não se encontra só numa UCI ou numa sala de reanimação. Recordo o meu segundo turno que foi realizado no balcão de ambulatório, onde se encontrava um senhor de etnia cigana que deu entrada no SU com uma insuficiência respiratória crónica agudizada. Aparentemente não tinha sinais de dificuldade respiratória, mas encontrava-se ansioso. Passado algum tempo de espera em balcão e já após a administração da medicação desenvolveu um quadro de ansiedade e agitação, com consequente dificuldade respiratória. Após a abordagem inicial – medicação broncodilatadora e administração de oxigénio – foi levado para a sala de reanimação onde acabou por ser entubado endotraquealmente e ventilado.

A prestação de cuidados em balcão, pela imprevisibilidade das situações clínicas, exige do enfermeiro uma atenção redobrada aos sinais que as pessoas transmitem e que podem ser preditivos de instabilidade, “identificando prontamente focos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória” (Regulamento N.º 429/2018, 2018, p.19363) para prevenir e tratar complicações decorrentes dos focos de instabilidade identificados. É preciso saber fazer uma avaliação sem monitorização complementar e identificar que algo não está bem. É aqui que se desenvolve um olhar clínico aliado à intuição. Concluo que não é por uma pessoa ser triada com a classificação “verde” que a sua situação clínica não se possa deteriorar ou que necessite de menos cuidados e vigilância. O enfermeiro tem de fazer reavaliação constante, identificar os sinais e gerir prioridades. De acordo com Benner (2001, p.34), as enfermeiras peritas aprendem a reconhecer mudanças fisiológicas subtis, podendo reconhecer sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais.

Considero que a minha maior dificuldade foi na prestação de cuidados neste setor, não pela dificuldade de identificação precoce de sinais de instabilidade, mas porque, na minha prática diária, presto cuidados pelo método do enfermeiro responsável e neste contexto é a tarefa. Claro que, pela própria dinâmica do serviço, este é o método habitual, mas considero que potencia o erro. Para além disso, constatei que as interrupções durante a prestação de cuidados são constantes, seja por colegas, por familiares, doentes ou outros profissionais, sendo muitas vezes difícil conseguir concluir uma tarefa sem ser interrompido, pelo que é necessário foco, atenção e, mais uma vez, gestão de prioridades.

O facto de haver muita rotatividade e não conseguir conhecer os doentes “ao pormenor” foi um dos aspetos que mais dificuldade me trouxe. No entanto, foi sempre tido como recurso o processo informático do doente para consulta de informação, que depois era registada na sua folha de identificação para futura passagem de informação aos colegas. Acredito que se tivesse oportunidade de realizar mais turnos neste contexto, gradualmente teria identificado mais estratégias que permitissem ultrapassar essa dificuldade.

No que diz respeito à prestação de cuidados em contexto de sala de reanimação/trauma, constato que a mesma não é muito diferente daquela que é a minha realidade. O objetivo principal é a estabilização hemodinâmica e ventilatória, através do tratamento de sintomas e prevenção ou tratamento de complicações. Aqui existe o recurso a monitorização hemodinâmica e ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI). Pude colaborar na avaliação inicial do doente, pela abordagem ABCDE da *American College of Surgeons*, colaborando também na colocação de CVC e linhas arteriais (LA) e na entubação endotraqueal, bem como na preparação e administração de fármacos e hemoderivados por via endovenosa periférica e central.

Numa situação de cuidados em sala de reanimação perante um doente em choque hipovolémico por hemorragia digestiva alta, foi necessário articular rapidamente com o serviço de imunohemoterapia para ativar o protocolo de transfusão maciça, bem como com o médico gastroenterologista a fim de ser realizada uma endoscopia digestiva alta logo que possível para identificar o foco de hemorragia. Nesta situação o enfermeiro tem de agir com prontidão, e foi o que fiz, avaliando o doente sistematicamente com a abordagem “ABCDE”, estabelecendo acessos venosos, administrando fármacos e hemoderivados e avaliando possíveis complicações associadas aos mesmos, “monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados” (Regulamento N.º.429/2018, 2018, p19363). Esta abordagem exige um trabalho coordenado e eficiente em equipa multidisciplinar. Sendo esta a minha realidade diária não senti dificuldade, pude sim perante estas situações partilhar e trocar ideias e formas de realizar os cuidados diferentes das praticadas naquele contexto, sentindo que houve sempre abertura para isso.

No que diz respeito à transição de cuidados, esses momentos ocorreram em várias situações: dentro do SU, na transferência de doentes da sala de reanimação e balcões para as salas de observação, das salas de reanimação para a UCI e de outro hospital do centro hospitalar de volta para o SU.

Assim, nos diferentes setores, as situações de cuidados proporcionaram o desenvolvimento de competências na “prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica e na administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento N.º.429/2018, 2018, p.19363). Quando os nossos recursos não são suficientes para dar resposta às necessidades fundamentais da pessoa, devemos recorrer a outros membros da equipa multidisciplinar e a outros recursos disponíveis de forma a conseguir dar resposta às mesmas. Para isso, foi importante conhecer o contexto de cuidados e os seus recursos como descrito acima. A ativação dos protocolos mencionados e a mobilização de uma equipa multidisciplinar e profissional permitiram-me identificar *in loco* as políticas hospitalares, cultura, liderança e trabalho em equipa, que se estende para lá do SU (como é o caso das vias verdes) e que pertencem ao contexto de cuidados. Esta gestão de recursos e a sua mediação para atender às necessidades

fundamentais da pessoa está representada na teoria de enfermagem utilizada – para a sua aplicação na prática clínica são necessários recursos físicos e humanos; cultura de cuidado, normas e valores pessoais e institucionais, liderança, e sistemas de papéis/funções bem definidos na organização. Desta forma, o enfermeiro, mesmo que não esteja envolvido no cuidado direto, exponencia e potencia o melhor cuidado que consegue oferecer (Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2017).

Devido a fatores relacionados com a hospitalização e a imprevisibilidade da doença crítica, a PSC e sua família encontram-se particularmente vulneráveis. Das diferentes formas de vulnerabilidade descritas por Scanlon & Lee (2007), identifico neste contexto essencialmente a vulnerabilidade física, relacionada com a doença, a dor e o trauma, e psicológica relacionada com a perda de autonomia e de identidade. Sendo uma competência do enfermeiro especialista desenvolver uma “prática profissional ética e legal, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento N.º 140/2019, 2019, p.4746), e sendo a vulnerabilidade um princípio ético, é dever do enfermeiro salvaguardar a sua proteção e a dignidade humana. A falta de privacidade dos doentes no SU sempre foi algo que me trouxe alguma “inquietação” e considero que põe em causa a humanização nos cuidados, bem como as necessidades fundamentais relacionadas com a dignidade humana e com o respeito pela privacidade, sendo dois pilares fundamentais da dimensão psicossocial, no estabelecimento da relação (Kitson et al., 2013). Sobretudo quando se tem doentes internados em corredor, torna-se difícil garantir a privacidade. No entanto, constatei que existe a preocupação de tentar ultrapassar esta lacuna e garantir alguma privacidade ao doente na prestação de cuidados, nomeadamente através do uso de um biombo. Muitas vezes, quando houve necessidade de mudar a cama a um doente ou trocar a roupa, transportámo-lo para a sala de isolamento ou para uma das salas de reanimação (que estavam livres) para o poder fazer longe dos olhares de todos os que passam. Mesmo quando se prestavam cuidados nas salas de reanimação havia sempre o cuidado de encostar as portas.

Contrariamente à minha ideia inicial, constato que existe o cuidado de acolher a família, dando informação e permitindo que a mesma esteja junto do seu familiar, mesmo em contexto de sala de reanimação, o que foi sempre uma preocupação para mim. A pessoa doente, bem como a sua família, estão no centro do cuidado de enfermagem, pelo que o estabelecimento da relação com a família deve ser preocupação do enfermeiro dando resposta às suas necessidades e permitindo o seu envolvimento nos cuidados (Feo et al., 2017; Kitson et al., 2013). Realço o cuidado que existe na avaliação inicial do doente, tentando obter informação não só sobre a situação clínica, mas também do contexto social e familiar. De acordo com Hsiao et al. (2017), para as famílias, estar junto do seu familiar é muito importante, contribuindo para reduzir o seu stress e ansiedade, o que, consequentemente, tem impacto na recuperação do doente. O acolhimento ao doente e família é um dos aspetos

nos quais me foco na minha prática de cuidados, preocupação que levei para este estágio. Foi-me possível realizar o acolhimento à família de uma pessoa vítima de trauma, onde a minha principal preocupação foi tranquilizar e preparar para o que visualmente iria encontrar quando entrasse na sala, de modo a que o “choque” não fosse tão grande. Expliquei onde iria ficar internado e o que seria expectável dada a situação clínica. Em vários momentos, foi minha preocupação permitir que a família tivesse informação sobre o seu familiar e pudesse estar presente mesmo que por um período curto de tempo. A necessidade de informação/comunicação foi a necessidade que maioritariamente identifiquei na família, o que vai de encontro ao descrito na literatura (Hsiao et al., 2017; Yildirim & Özlü, 2018). De acordo com Kitson et al (2013, p.12), *“the nurse also has a commitment to communicate the information about the patient to other staff, relevant carers and family members.”*

Em contexto de SU acaba por ser difícil conseguir esclarecer todas as dúvidas e preocupações da PSC e da família pois ainda nos encontramos numa fase muito inicial do processo de doença, existe imprevisibilidade, bem como fatores que nos são alheios como a demora na realização de exames, a falta de vagas nos serviços, a demora da observação médica. Tudo isto gera na família sentimentos de revolta e frustração que são transmitidos aos enfermeiros, que têm de ter capacidade de gestão de conflitos, tendo um papel também de mediadores neste tipo de situações. Esta foi também uma competência que desenvolvi, promovendo a escuta e tentando identificar estratégias para ultrapassar as dificuldades expostas.

Estes momentos de cuidado permitiram o desenvolvimento da competência “assistir a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ou falência orgânica” (Regulamento N.º 429/2018, 2018, p.19363).

Neste contexto foi realizado um jornal de aprendizagem que se focou numa situação de cuidados em que existiu uma barreira linguística e que dificultou a comunicação e consequentemente a identificação e satisfação das necessidades fundamentais da pessoa. A realização deste jornal foi um desafio, uma vez que não é um exercício que esteja habituada a transcrever para o papel de forma sistemática, mas foi importante para refletir sobre a situação de cuidados, sobre as minhas ações e essencialmente para refletir sobre o que poderia ter feito de diferente, um planeamento que me poderá ser útil futuramente em situações semelhantes.

Sendo a teoria *Fundamentals of Care* (Kitson et al., 2013), a base teórica de suporte ao meu estágio, foi minha preocupação poder identificar e satisfazer as necessidades fundamentais das pessoas que cuidei. Na perspetiva da pessoa doente capaz de comunicar, as necessidades fundamentais maioritariamente identificadas neste contexto foram a fome, sede, controlo da dor, conforto e necessidade de informação. Em balcão impôs-se como limitação à satisfação destas necessidades o número elevado de doentes e constante rotatividade, o que dificultou o estabelecimento da relação nos moldes defendidos na teoria.

Constato que, apesar disso, essas necessidades podem ser satisfeitas embora, por vezes, não seja possível no imediato devido à prioridade clínica dos doentes que se sobrepõe, ou seja, o enfermeiro, na sua avaliação, identifica as necessidades fundamentais para cada pessoa ao seu cuidado e estabelece prioridades avaliando as necessidades fundamentais que a curto prazo podem por em risco a vida da pessoa, por exemplo, compromisso na respiração. Muitas vezes a priorização das necessidades identificadas pelo enfermeiro nem sempre corresponde às identificadas pela pessoa. Algumas vezes houve necessidade de negociar com a mesma pois a sua vontade pode não ser a mais benéfica na sua condição clínica. Esta negociação deve ser suportada em literacia em saúde onde o enfermeiro deve expor à pessoa o seu conhecimento e experiência, dar-lhe as ferramentas para que compreenda as suas necessidades de cuidado e como dar resposta às mesmas de forma autónoma, mantendo a valorização das necessidades sentidas por esta. Triando e gerindo prioridades entre estas necessidades que ambos identificam é o ponto de entendimento para a relação terapêutica eficaz, integrando a pessoa no seu próprio cuidado, enquanto parceira ativa (Kitson, 2016). Assim, identifiquei a influência da última dimensão da teoria que é o contexto dos cuidados, que influencia diretamente a qualidade dos cuidados fundamentais que são prestados, tornando o SU um desafio constante para o enfermeiro na satisfação das necessidades fundamentais da pessoa. Concluo que as mesmas podem ser satisfeitas em qualquer um dos setores do serviço desde que haja sensibilidade para as conseguir identificar junto da pessoa. Enquanto observadora pude constatar que, na generalidade, essa sensibilidade não passa diretamente pela experiência profissional do enfermeiro ou pela sua idade, mas sim pelas características pessoais de cada um. Maioritariamente, os enfermeiros mais novos estão mais preocupados com a componente técnica; no entanto, assim como observei enfermeiros mais experientes a “desvalorizar” alguns cuidados fundamentais, também observei enfermeiros menos experientes a ter mais sensibilidade às mesmas.

Atividades dirigidas a concretizar o objetivo *Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC*:

A prevenção da infeção continua a ser um grande desafio nos SU. Sendo a porta de entrada da pessoa doente no meio hospitalar, existe um potencial de transmissão de infeção da pessoa que recorre ao hospital para os profissionais de saúde e outros doentes, assim como a mesma se encontra vulnerável a adquirir novas infeções associadas ao cuidados de saúde (IACS) (Liang, Theodoro, Schuur, & Marschall, 2014).

À semelhança de outros SU, aqui a prevenção e controlo da infeção é também uma lacuna e o facto do serviço ter estado em obras acabou por potenciar mais. Nos setores dos balcões, pela grande rotatividade e elevado número de doentes para o espaço físico disponível, nem sempre se consegue garantir um espaçamento adequado entre as macas.

A gestão do risco e o cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção são medidas apontadas por Scanlon & Lee (2007) para reduzir a vulnerabilidade física da pessoa doente. Garantir a segurança do doente é também uma necessidade fundamental, onde a prevenção e controlo da infeção se engloba.

(...) failure to assure these aspects of basic care often lead to wider patient safety failures (e.g. figures on hospital acquired infections due to poor infection control activity and nutrition and hydration problems in older people in acute hospitals) or in some extreme cases mortalities (Kitson et al., 2013. p.4)

Assim, identifiquei mais uma vez a influência do contexto dos cuidados e das políticas da organização. Cabe ao enfermeiro assegurar as boas práticas de cuidados neste âmbito e garantir que as mesmas são cumpridas. Neste aspeto foi importante a reflexão com os pares e com o enfermeiro orientador sobre a utilização de equipamento de proteção individual adequado (EPI), isolamento de doentes e normas de higienização. A utilização de EPI e o reforço do pedido de reposição de material de desinfeção quando estava em falta integraram sempre a minha prática. O meu papel a este nível passou essencialmente por servir de elemento potenciador da reflexão, ou seja, sentindo que a minha prática estaria a ser observada poderia ser replicada se considerada adequada.

one of the responsibilities of the nursing professional development specialist is to serve as that role model: doing, not just saying, the right things. A role model is a person looked to by others as an example to be imitated (Johnson, 2015, p.297).

Atividades dirigidas a concretizar o objetivo *Promover na equipa de enfermagem e multidisciplinar o reconhecimento da problemática da desnutrição em contexto hospitalar e na PSC:*

No que diz respeito ao desenvolvimento da temática da terapia nutricional na PSC, neste contexto, como era esperado, não foi possível desenvolver competências nesta área. A minha preocupação foi essencialmente contribuir para o reconhecimento da problemática da desnutrição hospitalar e para combater a mesma. Neste sentido, foi realizado um póster de sensibilização sobre a temática que foi afixado na sala de enfermagem (apêndice III).

O SU é a porta de entrada do doente na unidade hospitalar, e, por isso, seria importante que o “alerta” para o risco de desnutrição fosse realizado logo à entrada. No entanto, apesar das medidas definidas no despacho n.º 6634/2018 (2018) estarem em vigor no centro hospitalar, o SU não foi contemplado e, por isso, a avaliação do risco nutricional não é realizada.

Efetivamente, nas salas de reanimação e de trauma, a nutrição não é uma prioridade, sendo a estabilidade hemodinâmica e ventilatória a principal preocupação. No entanto, verifiquei que muitos colegas tomam a decisão de colocar sonda nasogástrica, não só para a

prevenção da aspiração, mas referindo também que o doente iria precisar mais tarde para se alimentar, pelo que considero haver essa sensibilidade. Constatado que a maioria dos doentes internados está em pausa alimentar, durante várias horas ou até mesmo 1 dia, pois muitos aguardam cirurgia ou realização de exames, não havendo horário definido para os mesmos sendo que o início da alimentação se vai sempre protelando. O aporte calórico destes doentes é maioritariamente garantido por via endovenosa com soro glicosado a 5% ou com solução polieletrólítica com glucose. Foi minha preocupação questionar o tempo que o doente estaria sem se alimentar ou quando poderia iniciar a alimentação, sobretudo quando era passada a informação de que as marcações dos exames ou cirurgia tinham sido adiadas.

Considero também como fator facilitar o facto de haver sempre *stock* de alimentos na copa para que possamos disponibilizar aos doentes, não havendo burocracias para o pedido dos mesmos como acontece noutras instituições. Muitas vezes foi possível disponibilizar duas taças de sopa a um doente pois o mesmo ainda manifestava ter fome. Não haver este tipo de restrições na instituição também permitiu mais facilmente atender a esta necessidade fundamental.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos

Atualmente as UCI são o expoente máximo tecnológico em ambiente hospitalar, tendo o “estatuto de montra de medicina de vanguarda das instituições” (Ponce, 2002, p.141). Aqui a vigilância é intensiva com recurso a uma equipa multidisciplinar especializada e a uma grande concentração de meios tecnológicos de diagnóstico e terapêutica. Sendo a minha experiência profissional em cuidados intensivos, a realização do estágio permitiu-me conhecer outros contextos e diferentes práticas de cuidados, de forma a poder absorver o conhecimento transmitido, através do espírito crítico e reflexivo, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presto. O foco foi a terapia nutricional, no entanto, foram tidas em consideração todas as oportunidades de aprendizagem além desta temática.

O percurso de desenvolvimento de competências em contexto de UCI foi realizado numa UCIC e numa UCIP, ambas de nível III, destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017).

A UCIC é uma unidade aberta com capacidade de 8 camas, dispondo de 2 quartos individuais para isolamentos de contacto/proteção. Maioritariamente a tipologia de doentes é do foro neurocirúrgico – ruturas de aneurismas cerebrais e lesões ocupantes de espaço – embora também admita doentes de cirurgia geral e vascular e doentes do foro médico, quando a unidade polivalente não possui vagas. O rácio de enfermeiro/doente é de 1:2. A UCIP é uma unidade fechada, com capacidade para 8 camas divididas por 3 quartos. A tipologia de doentes é maioritariamente do foro médico, embora também receba doentes do foro neurológico e cirúrgico (dependente da gestão de vagas nos serviços). O rácio de enfermeiro-

doente é de 1:2. Contrariamente à UCIC, a UCIP tem capacidade para realização de técnica de substituição renal (TSR) contínua e intermitente.

Apesar da experiência profissional na área, os primeiros turnos foram obviamente de adaptação aos novos contextos e à equipa multidisciplinar. A preocupação inicial foi conhecer o espaço, as rotinas, os protocolos, a localização do material e equipamento. Apesar de tudo isto ser diferente, as bases do que é o Cuidar da PSC são as mesmas pelo que não senti dificuldade nesta adaptação.

Atividades dirigidas a concretizar os objetivos:

- *Detetar precocemente complicações associadas ao suporte nutricional da PSC;*
- *Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, nomeadamente na gestão nutricional;*

Como referido anteriormente, a tipologia de doentes na UCIC é maioritariamente do foro neurocirúrgico sendo que, grande parte deles, não se encontram com instabilidade ao ponto de necessitarem de entubação endotraqueal. Da minha experiência profissional já tinha prestado cuidados a doentes deste foro, no entanto, na atualidade já não é o meu contexto pelo que, já não tinha presente muitas das particularidades destes doentes. Foi-me possível, por exemplo, cuidar de doentes com drenagem ventricular externa (DVE) e com avaliação da pressão intracraniana (PIC). Senti que apesar de estar na minha área de cuidados, que são os cuidados intensivos, estava fora da minha zona de conforto. Isto obrigou-me a estudar mais e a procurar evidência científica que servisse de suporte aos cuidados que prestava, o que me permitiu desenvolver competências de auto-aprendizagem. O autoconhecimento é um fator que influencia a prestação de cuidados. Reconhecer as minhas limitações permitiu-me investir mais e aprofundar conhecimentos para melhor cuidar e responder às necessidades fundamentais identificadas. O estabelecimento da relação inicia-se identificando conceitos – ideias ou opiniões, factos e conhecimento tácito, quando a pessoa e o enfermeiro se encontram (Feo et al., 2017). Quando trabalha esta informação para delinear um plano de cuidados, o enfermeiro deve então, reconhecer as suas limitações no cuidado, para estabelecer corretamente a sua proposta de resolução aos problemas e necessidades identificadas. O enfermeiro aprende cuidando, pela individualidade e complexidade das situações de cuidado, que o levam a uma constante resolução de problemas novos.

Uma das avaliações obrigatórias nos doentes neurocirúrgicos é a avaliação neurológica através da escala de coma de Glasgow e a avaliação pupilar, que são realizadas e registadas 3 vezes por turno e sempre que se justifique (por exemplo, quando há alteração do estado de consciência de novo).

Do ponto de vista tecnológico, para a monitorização neurológica destes doentes é utilizado o monitor INVOS™ e o Bispectral Index Monitor (BIS). O BIS já me era conhecido,

mas o monitor INVOS™ não. O INVOS™ utiliza sensores de oximetria cerebral e somática para monitorizar a oxigenação cerebral regional, sendo uma mais-valia para identificar a existência de diferenças de oxigenação entre os dois hemisférios e se a mesma é adequada, permitindo identificar anomalias na perfusão cerebral, por exemplo a presença de vasospasmo. O BIS é utilizado para avaliar os níveis de sedação do doente que está sob perfusão contínua de sedativos e bloqueadores neuromusculares. No entanto, esta monitorização por si só não traz mais-valia, é necessário que o enfermeiro interprete os parâmetros e os correlacione com a avaliação clínica identificando e prevenindo potenciais complicações. Ponce (2002) defende que ter a tecnologia certa é importante, mas por si só não garante boas práticas. São precisos profissionais com competências especializadas que saibam compreender o que a tecnologia transmite. De que nos serve ter o mais avançado monitor de hemodinâmica se não sabemos interpretar o que ele nos diz sobre aquela pessoa em particular? É neste contexto que faz sentido o que Locsin (2005) defende relativamente ao uso da tecnologia e da competência tecnológica como forma de conhecer a pessoa que cuidamos e a satisfazer as suas necessidades fundamentais. Vejamos, se através da monitorização hemodinâmica eu observo uma taquicardia súbita ou se o ventilador me diz que o doente subitamente aumentou a frequência respiratória, se estiver desperta para o cuidar, vou interpretar isso como uma forma de comunicação, como uma chamada ao cuidado. Ao interpretar essas reações fisiológicas tento perceber o que as despoletou, nomeadamente a dor. É neste ponto de vista que identifico a tecnologia como aliada no cuidar.

Este ambiente tecnológico que caracteriza a UCI é intimidante para o doente. Os sons dos dispositivos, os alarmes constantes, a luzes dos monitores e ventiladores podem ter efeitos nocivos para o doente, sendo causadores de medo e ansiedade. Mckinley et al. (2002) referem que o conceito de vulnerabilidade é o que representa melhor as experiências do doente crítico em cuidados intensivos. A vulnerabilidade física e emocional está diretamente relacionada com a dependência extrema, dor e desconforto, dificuldade em comunicar, falta de sono, experiência de alterações cognitivas como as alucinações e o *delirium*, mas que podem ser minimizadas se o enfermeiro estiver atento às suas necessidades, satisfazendo-as e antecipando-as através de cuidados personalizados. Através do seu conhecimento, competências, experiência e ética, o enfermeiro ajuda o doente a perceber as máquinas e as técnicas realizadas como necessárias para o ajudar (Mckinley et al., 2002).

Estando a PSC numa situação de dependência extrema e com comprometimento na satisfação das suas necessidades fundamentais, cabe ao enfermeiro assegurar a satisfação das mesmas. Durante o estágio foi possível cuidar da PSC em situação de dependência extrema, mas também na sua fase de recuperação, onde o principal objetivo foi auxiliá-la a recuperar a sua autonomia (Kitson et al., 2013). Relembro um dos turnos em que durante a prestação de cuidados estimei a pessoa a autocuidar-se, por exemplo secando a pele com a toalha, bem como a alimentar-se pela própria mão com supervisão.

Na UCIC, o conhecimento da cirurgia para excisão de glioma maligno foi uma das novidades para mim uma vez que desconhecia o uso do Gliolan® (ácido 5-aminolevulínico) neste tipo de cirurgia e os cuidados pós-operatórios associados. Este fármaco é administrado por via oral antes da cirurgia e permite identificar com precisão as zonas do cérebro invadidas pelo tumor induzindo a sua fluorescência – cirurgia guiada por fluorescência (Hadjipanayis, Widhalm, & Stummer, 2015). A fotoproteção é o principal cuidado no pós-operatório desta cirurgia e deve ser mantida até às 24h pós cirurgia. Neste sentido, na transferência para o bloco operatório são colocados óculos de sol escuros no doente, que os mantém na unidade no pós-operatório. Existe também o cuidado de deixar as luzes da unidade do doente apagadas e as cortinas fechadas. De realçar que nestas 24h, e por este motivo, não é feita a avaliação pupilar.

Na UCIP a avaliação neurológica também é feita através da escala de coma de Glasgow. No entanto, a maioria dos doentes internados nesta UCI estão sob perfusão de sedo-analgesia e, considerando esta escala limitativa em doentes sedados e que não conseguem falar ou cumprir ordens, é utilizada também a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) (Sessler et al., 2002) que avalia o grau de sedação/agitação.

A agitação ocorre frequentemente em doentes internados em UCI e é frequentemente um sinal de disfunção neurológica estando associado a ansiedade e *delirium*. O seu aparecimento está relacionado com fatores derivados da própria doença e com fatores externos, por exemplo, ruído, desconforto e dor (Chevrolet & Joliet, 2007). Contrariamente à UCIC, na UCIP experienciei várias situações de doentes com alterações agudas do estado de consciência, nomeadamente *delirium*. A sua avaliação nesta unidade é realizada através da escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) (Ely et al., 2001).

A dor na PSC é muito frequente e sendo o conforto considerado uma necessidade fundamental (Kitson et al., 2013; Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010) a sua avaliação e gestão é uma das competências especializadas do enfermeiro. Estando associada à agitação e *delirium* é importante adotar estratégias de prevenção e controlo da dor.

Em ambos os contextos, a necessidade de conforto e de controlo da dor foram necessidades frequentemente identificadas nos doentes conscientes. Relativamente às escalas de avaliação da dor, na UCIC, são utilizadas a escala numérica para doentes acordados e capazes de comunicar e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) (Warden, Hurley, & Volicer, 2003) e a Escala de Condutas Indicadoras de Dolor (ESCID) (Latorre Marco et al., 2011) para os doentes ventilados e incapazes de comunicar. Na UCIP também são utilizadas a escala numérica e a ESCID. No entanto, no doente crítico incapaz de expressar a dor, a escala *Behavioral Pain Escal* (BPS) é a escala que apresenta maior validade e fiabilidade (Devlin et al., 2018) e é a que é recomendada pela Sociedade

Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Tendo conhecimento destas recomendações, esta temática foi discutida com os enfermeiros orientadores, tendo realizado a avaliação da dor aos doentes pelos quais era responsável através dela, visto haver possibilidade de registar os dados obtidos no sistema informático. Verifiquei em ambos os contextos que todos os doentes tinham analgesia prescrita, demonstrando que existe cuidado no controlo da dor. A avaliação neurológica e da dor foi feita tendo como recurso as referidas escalas, no entanto, estas são instrumentos que servem de complemento à avaliação clínica tendo sido necessário identificar possíveis fatores desencadeantes de alteração do estado de consciência e adoção de estratégias de intervenção. Em doentes que conseguem comunicar, estas alterações podem ser identificadas mais precocemente, por exemplo através de uma mudança no discurso que manifesta algumas incoerências. Contudo, nos doentes que não conseguem comunicar esta avaliação torna-se mais desafiante e as alterações menos evidentes.

Neste sentido, como estratégias, foi possível fazer uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento N.º.429/2018, 2018, p.19363), através da gestão da sedo-analgesia e da avaliação da necessidade de introdução de outros fármacos; através do diálogo reorientar o doente temporo-espacialmente; informar dos procedimentos que iriam ser realizados; posicionar no leito, tentando sempre que possível atender às preferências da pessoa. Durante a noite, houve a preocupação de gerir o ambiente físico, diminuindo a luminosidade e o ruído, de forma a reduzir ao máximo os estímulos. Este controlo do ambiente físico é considerado uma forma de garantir um ambiente seguro nos cuidados (Kitson et al., 2010).

A realização dos estágios neste contexto foi rica em experiências de cuidar da PSC e sua família, que permitiram o desenvolvimento da competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento N.º.429/2018, 2018, p.19363). Nas várias situações da prestação de cuidados foi elaborado um plano de cuidados individualizado, com avaliação dos resultados das intervenções realizadas, bem como dos resultados esperados e potenciais complicações, e identificação de focos de instabilidade que poderiam surgir. Os processos de tomada de decisão foram feitos com base em evidência científica e em conhecimentos prévios, em articulação com a equipa multidisciplinar.

Destaco uma situação no âmbito da nutrição, em que um doente com síndrome de dificuldade respiratória aguda (*Acute respiratory distress syndrome* [ARDS]) com hipoxemia refratária, após 3 horas de admissão na UCI, tinha NE a perfundir. Sendo detentora de conhecimento e evidência científica neste âmbito, e tendo como por base as recomendações europeias, discuti a situação com o enfermeiro orientador, uma vez que é consensual que a nutrição deve ser protelada nas primeiras 24 horas e em casos de instabilidade hemodinâmica. Neste caso, a hipoxemia refratária seria uma contra-indicação para o início da nutrição. Assim, foi discutido com a equipa médica tendo sido suspensa a mesma. A procura

de novo conhecimento e atualização constante sobre as boas práticas permite uma prestação de cuidados de forma segura e com qualidade, traduzindo-se em ganhos para a saúde (Skees, 2010). Nesse mesmo doente, tive oportunidade de observação a canulação para a realização da técnica de oxigenação por membrana extracorporeal (*Extracorporeal Membrane Oxigenation* [ECMO]) que foi realizada por uma equipa especializada de outro centro hospitalar e pude observar toda a dinâmica em redor desta técnica de elevada complexidade.

Numa outra situação de cuidados, foi decidida a extubação traqueal de um doente. Foi solicitada a opinião à equipa de enfermagem sobre o estímulo de tosse do doente, mas apesar de se considerar que o reflexo de tosse pós extubação poderia não ser eficaz foi decisão médica extubar o doente. Inicialmente o doente ficou estável, com oximetrias de 95% com oxigenação adicional e teve acessos de tosse eficaz. Foi posicionado o doente. A minha preocupação foi vigiar o padrão respiratório e o reflexo de tosse, antecipando como potencial problema uma tosse ineficaz com compromisso da via aérea. Efetivamente ao longo do turno, o doente foi ficando mais sonolento, deixou de tossir entrando em descompensação do ponto de vista cardíaco com taquidisritmia e posterior dessaturação. Houve necessidade de atuação rápida com incremento do aporte de oxigénio e aspiração de secreções. Foi discutida a situação, justificando e analisando as causas que a despoletaram e a tomada de decisão foi feita em conjunto com a equipa médica. Foi dado início à implementação de medicação sedativa e antiarrítmica e foi decidido voltar a entubar orotraquealmente, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados em colaboração com a equipa. Antecipando a ocorrência de hipotensão associada aos fármacos administrados foi colocada a perfundir uma solução polieletrólítica e preparada terapêutica vasopressora.

Na UCIC, sendo os doentes maioritariamente do foro neurocirúrgico, a necessidade de realização de TAC de controlo e angiografias é frequente pelo que é necessário o transporte intra-hospitalar. Foi-me possível assistir à realização de uma angiografia. Realço os cuidados pós angiografia que são da nossa responsabilidade: avaliação de sinais de compromisso neuro-circulatório do membro canulado para o efeito, garantir a imobilização do membro no caso de abordagem femoral, estando contra-indicado o levante nas 24 horas seguintes, e avaliação do penso para despiste de hemorragia. No doente que está acordado e orientado é importante o ensino relativamente à imobilidade do membro.

A presença de um tubo orotraqueal (TOT) surge como uma barreira à comunicação oral nos doentes ventilados mecanicamente, constituindo uma causa de frustração quando o doente tenta expressar as suas necessidades. A falha na comunicação enfermeiro-doente pode originar no último um sentimento de estar a ser negligenciado e ignorado (Salem & Ahmad, 2018). Neste sentido, foi necessário adotar estratégias comunicacionais, comunicando de forma pausada e com perguntas simples estimulando a resposta através de gestos, piscar de olhos, lateralização da cabeça, apertar a mão.

A família é simultaneamente alvo de cuidado e parceira no cuidado. Parceira no cuidado pois através da comunicação e da informação que transmite é possível conhecer a pessoa de quem estamos a cuidar e, assim, conhecer as suas necessidades e preferências, como por exemplo, para que lado prefere dormir, informação importante para garantir o conforto e um cuidado mais individualizado, respeitando a sua autodeterminação e valorizando o aspeto relacional e psicossocial da mesma. Isto é particularmente importante em situações em que a pessoa está sedada e incapaz de comunicar. Conhecer a pessoa que cuidamos através da família é outro dos pressupostos da teoria “*Fundamentals of Care*” e que adotei na minha prática de cuidados (Kitson et al., 2013).

A família é alvo de cuidados de enfermagem pois o internamento na UCI provoca sentimentos de ansiedade e de stress psicológico devido à imprevisibilidade e gravidade da situação clínica (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010). Em ambos os contextos, verifiquei que existe preocupação com a família. Na UCIP está a ser desenvolvido um projeto de acolhimento da família à unidade, onde na primeira visita o enfermeiro responsável pelo doente estabelece um primeiro contacto, numa sala própria, informando sobre a situação clínica, explicando o funcionamento do serviço e disponibilizando-se para esclarecer dúvidas. É também disponibilizado um folheto de acolhimento que explica o funcionamento do serviço. Segundo Mendes (2016), a família é particularmente sensível à forma como é acolhida, sendo a necessidade de informação identificada como uma das suas principais necessidades. A par do primeiro acolhimento, na visita, o enfermeiro responsável pelo doente está presente e disponibiliza informação sobre a evolução do estado clínico do doente.

Tive também oportunidade de realizar o acolhimento à família na primeira visita, entregando o guia de acolhimento e explicando os horários e gestão das visitas, assim como o procedimento de lavagem das mãos. Identificando como principal preocupação da família a necessidade de informação, estive sempre presente durante a visita mostrando abertura no esclarecimento de dúvidas e preocupações. De acordo com Bailey et al. (2010), incentivar a família a fazer perguntas garante que as informações fornecidas vão de encontro às suas necessidades, o que contribui para aumentar a satisfação da família.

Relativamente à avaliação do risco nutricional, em nenhum dos contextos é feita essa avaliação. No entanto, na UCIC, verifiquei que existe preocupação da equipa de enfermagem, havendo vontade de implementar mudanças neste sentido. A falta de colaboração por parte do departamento da nutrição do hospital é identificada como limitação, bem como a falta de sensibilidade da equipa médica relativamente à nutrição dos doentes. Na unidade existem várias fórmulas adaptadas de NE mas maioritariamente é usada a nutrição isocalórica, sendo que a administração de nutrição parentérica é rara. Também existem na unidade suplementos proteicos.

Durante o estágio foi possível identificar algumas lacunas na gestão da NE, verificando-se que a prática não é uniforme na equipa de enfermagem. À semelhança do que

era minha preocupação no início deste curso de mestrado, verifico que apesar de haver preocupação ainda existe falta de formação das equipas nesta área. As pausas na NE são frequentes, principalmente devido à realização de exames e idas ao bloco, não havendo protocolos/diretrizes quanto ao tempo de pausa, pelo que muitas vezes a NE é iniciada tardiamente. A complicação mais frequentemente detetada é intolerância gástrica, no entanto, nem sempre são iniciados pró-cinéticos de acordo com as recomendações. No decorrer da prestação de cuidados foi discutido com a enfermeira orientadora o plano para a gestão da NE dos doentes dos quais estávamos responsáveis, justificando com evidência científica. Numa dessas situações foi sugerida a introdução de pró-cinéticos, mais especificamente a eritromicina (conforme as recomendações), foi transmitida a informação e sugestão à médica assistente que concordou e prescreveu.

Na UCIP, existe um grupo de trabalho dedicado à área da nutrição da PSC e foi elaborado um protocolo de NE que está em vigor no serviço. No entanto, verifiquei que, apesar de existirem várias fórmulas que são adaptadas às necessidades de cada pessoa, o mesmo não tem em consideração, por exemplo, o peso de cada doente para o cálculo das necessidades energéticas diárias. Considerar a alimentação como necessidade fundamental não é apenas o ato de alimentar mas também alimentar respeitando as necessidades nutricionais e as preferências da pessoa, e, no caso da nutrição artificial, avaliar qual o tipo de fórmula mais adequada (Kitson et al., 2010).

A principal complicação identificada é a diarreia, cuja etiologia não foi identificada em conversa com o enfermeiro orientador. A intervenção que é feita nestes casos é diminuir o débito da NE, o que não vai de encontro às recomendações internacionais que orientam para que se mantenha o débito da nutrição até que se conheçam as causas da diarreia. Se não tiverem sido identificadas outras causas, nomeadamente infecciosas, poderá optar-se por introduzir fórmulas de NE ricas em fibras solúveis ou oligoméricas/semi-elementares (McClave et al., 2016).

Considerando a segurança do doente como critério de qualidade dos cuidados, outro dos temas que foi alvo de discussão com os enfermeiros orientadores foi a gestão do risco e a segurança do doente. A segurança nos cuidados – segurança do doente e ambiente seguro – é também uma necessidade fundamental que deve ser assegurada, sendo a gestão do risco uma forma de garantir um ambiente seguro nos cuidados (Feo & Kitson, 2016; Kitson et al., 2010). Em ambos os contextos, no processo de admissão do doente são avaliadas as escalas de avaliação do risco de queda (escala de Morse) e do risco de úlcera por pressão (escala de Braden), havendo estratégias de intervenção associadas às mesmas que foram cumpridas durante a prestação de cuidados. Na UCIP, o armazenamento dos medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) está organizado de acordo com as recomendações da DGS (Direção Geral da Saúde, 2014) como forma de reduzir o risco de erro. No entanto, os fármacos colocados em perfusão contínua nem sempre estavam devidamente identificados

com o nome, dosagem e hora de preparação, o que foi algo que me suscitou alguma apreensão. Foi sugerido junto do enfermeiro orientador a identificação dos fármacos, tendo como recurso o sistema informático que permite que seja retirada uma etiqueta do medicamento prescrito com toda a informação do mesmo. A ideia foi bem aceite e identificada como mais-valia para a segurança do doente.

Por último destaco a realização de um estudo de caso, com recurso às taxonomias NANDA, NIC e NOC. A realização do mesmo foi importante para a gestão dos cuidados, tendo permitido um planeamento devidamente estruturado e sustentado em evidência científica, numa área de cuidado que me levantava algumas dificuldades. Implicou pesquisa bibliográfica e procura de evidência científica que sustentasse as intervenções de enfermagem planeadas, mediante a identificação de diagnósticos de enfermagem. Um exercício que, mais uma vez, não realizei de forma escrita na prática diária, mas que foi importante para o desenvolvimento do raciocínio clínico e do espírito reflexivo, e desenvolvimento de uma prática de cuidado rigorosa, individualizada e sustentada.

Atividades dirigidas a concretizar o objetivo *Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC*:

Entre as bactérias multirresistentes, o *staphylococcus aureus* resistente à meticilina (*methicillin-resistant staphylococcus aureus* [MRSA]) é a principal causa de infeção associada aos cuidados de saúde na União Europeia, sendo que, em 2008, 44% destas infeções foram devido ao MRSA (Köck et al., 2010). A par disto, verifica-se um aumento da incidência, colonização e infeção por enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde, como é o exemplo a *klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC). Tal facto tem vindo a preocupar os profissionais de saúde e as estruturas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos, com necessidade de criação de recomendações dirigidas a este problema (Direção Geral da Saúde, 2017).

Na admissão de um doente na UCIP, de acordo com as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos antimicrobianos (PPCIRA), é efetuado um rastreio para MRSA e KPC através de zaragatoa oral e nasal. O objetivo é a identificação precoce destes casos e o isolamento e tratamento adequado, minimizando o risco de transmissão cruzada. Na UCIC apenas é realizado rastreio do MRSA através de colheitas bacteriológicas de zaragatoa nasal e urocultura. Posteriormente, todas as segundas-feiras está definido que deve ser realizada colheita de secreções brônquicas, urina e líquor em caso de presença de DVE. Em ambos os contextos, quando são identificadas estas bactérias nos exames realizados é cumprido o isolamento de contacto do doente em quarto individual. O mesmo é devidamente identificado e dotado de EPI e material de uso único dentro da unidade do doente. Para além disso, na UCIC, está em vigor o protocolo de

prevenção e controlo da infeção por MRSA, estando protocolado o uso de toalhetes de clorexidina a 2% nos cuidados de higiene nos primeiros 5 dias de internamento em todos os doentes.

Verifico que na prestação de cuidados, mesmo sem ser em casos de isolamento, é cumprido o uso de EPI, como por exemplo o uso de avental e luvas. Quanto à limpeza e desinfeção do quarto que teve um isolamento de contacto, verifico a preocupação em cumprir as normas. É chamada a equipa de limpeza hospitalar que cumpre com as normas para a descontaminação. Só é preparada nova unidade e admitido outro doente quando todo o processo ficou concluído, garantido assim a segurança do doente. O enfermeiro responsável de turno supervisiona que esses cuidados são assegurados.

Estes protocolos cumprem a norma da DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA (Direção-Geral da Saúde, 2015) - que recomenda a pesquisa ativa (rastreamento) de portadores de MRSA, através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir), com isolamento de contacto até conhecimento do resultado. Nestas unidades o doente não permanece em isolamento de contacto até ao resultado, mas são cumpridas as medidas de prevenção de infeção, como o cumprimento da lavagem das mãos e desinfeção com solução alcoólica e uso de equipamento de uso individual.

Com vista à prevenção e controlo da infeção todas as unidades de cada doente têm material para uso individual: estetoscópio, desinfetantes cutâneos (para desinfeção de cateteres e para desinfeção das mãos), luvas limpas, soro fisiológico, compressas limpas e outro material de uso único. O termómetro é auricular e tem dispositivo descartável.

Um dos aspetos de grande preocupação das instituições nacionais e internacionais é o cumprimento das normas para a higiene e lavagem das mãos como forma de prevenir infeções cruzadas. A existência de pontos de lavagem acessíveis bem como a presença de desinfetante cutâneo em suporte na cama de cada doente são elementos facilitadores de adesão à higienização das mãos e que verifiquei que eram cumpridos pelos profissionais. Também existia preocupação neste aspeto em relação às visitas, que são incentivadas a realizar a lavagem e desinfeção das mãos à entrada e saída da unidade.

Devido à gravidade da situação clínica, a grande maioria dos doentes internados na UCIP necessita de um CVC para a administração de medicação. No que diz respeito à colocação e manuseamento do CVC, foi possível colaborar na colocação do mesmo, na preparação e disponibilização do equipamento e material esterilizado e de desinfeção adequados. Verifiquei que o local de eleição para a colocação do CVC foi a veia jugular ou subclávia, evitando-se a colocação femoral (maior risco de infeção), cumprindo, assim, as recomendações da DGS (Direção Geral da Saúde, 2015). Só são utilizados os lúmens que efetivamente são necessários, sendo que os outros que não são necessários ficam salinizados e com tampa.

Aquando da colocação do CVC, altura em a pessoa está mais exposta, foi garantida a sua privacidade não permitindo a entrada de visitas e mantendo as cortinas fechadas para minimizar a exposição, fomentando o respeito pelo direito à privacidade.

O manuseamento do CVC é uma das intervenções do enfermeiro, tendo sido minha preocupação garantir o manuseamento adequado do mesmo prevenindo a contaminação. Na avaliação do doente, um dos cuidados que tive foi vigiar a integridade e limpeza dos pensos dos cateteres, incluído o CVC. Segundo as recomendações do Centro Hospitalar, a limpeza é feita com soro fisiológico, usando a clorexidina a 2% somente se houver contaminação. Essas recomendações foram cumpridas durante a prestação de cuidados. Sempre que era necessário a administração de fármacos foi feita a desinfecção da porta de entrada com desinfetante clorexidina a 2%.

A prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV), infecção nosocomial mais frequente nas UCI (Torres et al., 2018), é outra das preocupações da equipa de enfermagem. Os cuidados de enfermagem prestados ao doente entubado orotraquealmente sob ventilação mecânica invasiva (VMI) têm como objetivo principal a prevenção desta infeção.

A presença de um TOT contribui para o desenvolvimento da PAV através de dois mecanismos: microaspirações de secreções que contêm microorganismos patogénicos e formação de biofilme junto ao TOT. Neste sentido, estratégias preventivas como a higiene oral, elevação da cabeceira da cama a 35-45º e aspiração supraglótica devem ser adotadas (Keyt, Faverio, & Restrepo, 2014).

Nos dois locais de estágios a realização da higiene oral é feita com clorexidina, variando quanto à periodicidade. Antes da aspiração de secreções brônquicas é aspirada a cavidade oral para prevenir a descida dessas secreções para a árvore traqueobrônquica. Está também definida a substituição das traqueias do ventilador, do filtro e do *swivel* somente quando houver condensação – reduzir o manuseamento dos circuitos.

A controvérsia do uso da clorexidina foi um tema discutido com os enfermeiros orientadores. Pela evidência científica recente existe incerteza no seu risco benefício, estando o seu uso frequentemente associado ao desenvolvimento de lesões da mucosa oral, pelo que não deve usada em excesso. Desta forma, nas atuais *guidelines* de prevenção da PAV já não está estabelecida nenhuma recomendação específica relativamente ao seu uso na higiene oral destes doentes (Torres et al., 2018; Tran & Butcher, 2019).

Desta forma, mais uma vez, procurei sempre prestar cuidados com base na evidência científica mais recente, procurando aquela que sustentasse a minha prática, promovendo cuidados de qualidade.

No que diz respeito aos resíduos hospitalares, na UCIP é feita a triagem adequada dos lixos, havendo suportes com tampa com separação entre lixo contaminado e não contaminado, bem como a divisão entre a zona suja e a zona limpa. Na UCIC também existe

separação dos lixos, contudo, não existe na unidade um circuito separado de limpos e sujos e por isso não existe separação de zona limpa e zona suja como seria ideal.

Atividades dirigidas a concretizar os objetivos:

- *Contribuir para a formação em enfermagem no âmbito do suporte nutricional da PSC*
- *Contribuir para o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem no âmbito do suporte nutricional da PSC*
- *Promover na equipa de enfermagem e multidisciplinar o reconhecimento da problemática da desnutrição em contexto hospitalar e na PSC.*

Uma vez que as atividades desenvolvidas para atingir os referidos objetivos estão interrelacionadas, a análise e reflexão será feita em conjunto.

No âmbito da gestão nutricional, a UCIC foi o contexto onde foi possível desenvolver mais estes objetivos específicos, uma vez que foram identificadas algumas lacunas e necessidades de formação que também foram corroboradas pela equipa que manifestou sempre abertura e vontade para mudar práticas. Neste sentido, considerou-se pertinente a realização de uma sessão de formação sobre a gestão nutricional na PSC (excerto em apêndice IV). A mesma foi realizada em várias sessões para que toda a equipa pudesse assistir. Durante a sessão foi possível o esclarecimento de dúvidas e partilha de algumas ideias. As passagens de turno também foram um momento importante de partilha de conhecimento.

Também na UCIC, foi sugerida a realização de um fluxograma de monitorização do VRG, que foi considerado uma mais-valia pelos elementos da equipa e pela enfermeira chefe. No entanto, a realização do mesmo teria de ser sujeito a reuniões para consenso da equipa, por exemplo, quanto ao valor do volume gástrico a partir do qual se suspenderia a NE. Para além disso, a sua implementação dependerá sempre do consenso com a equipa médica. Atendendo a estes fatores e ao curto tempo de estágio, não foi possível iniciar a realização do mesmo. No entanto, foi disponibilizada bibliografia de suporte com a evidência científica mais atual. Face ao interesse da senhora enfermeira chefe em implementar intervenções no âmbito da avaliação do risco nutricional, a sessão de formação também foi orientada nesse sentido. Foi dada a sugestão de introduzir a implementação da escala de avaliação do risco nutricional NRS 2002 mostrando a possibilidade de parametrizar em sistema informático. Também foi sugerida a introdução de outras intervenções de enfermagem relacionadas com a NE que não estão atualmente parametrizadas no sistema informático.

Na UCIP, a necessidade de formação formal não foi identificada pelo serviço, uma vez que existe um grupo de trabalho que é responsável pela formação em serviço na área da nutrição. Para além disso, existe o protocolo de NE. Desta forma, foi considerado pertinente a elaboração de uma compilação de artigos de evidência científica recente relacionados com

tema que foi disponibilizado em dossier e que servirá como complemento ao trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho, fomentando as boas práticas e qualidade dos cuidados nesta área.

Assim, adotei uma posição de elemento facilitador da aprendizagem, cujas intervenções tiveram como finalidade a disseminação do conhecimento e incutir nos pares a necessidade de mudança nas práticas de cuidado como forma de melhorar a sua qualidade. O conhecimento transmitido nos diversos momentos permitiu dar resposta a um dos objetivos para a obtenção do grau de mestre: “capacidade de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p.4132).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição hospitalar é uma realidade cada vez mais comum nos hospitais do SNS e que exige uma intervenção por parte das organizações. Como foi falado neste documento, os estudos estimam que em Portugal cerca 40% dos doentes estão em risco nutricional à data de admissão hospitalar.

A PSC pelas suas particularidades, nomeadamente no que diz respeito à evolução da doença crítica, tem um risco nutricional acrescido e necessidades nutricionais específicas que devem ser tidas em consideração no seu plano nutricional, como forma de poder tirar partido dos benefícios nutricionais e não nutricionais da designada terapia nutricional. A falha em fornecer a terapia nutricional precocemente e de forma adequada leva ao desenvolvimento de complicações e, conseqüentemente, tem impacto negativo no *outcome* dos doentes. Desta forma, a terapia nutricional deve fazer parte do plano de tratamento do doente.

A implementação de protocolos de NE geridos pelo enfermeiro, na equipa multidisciplinar, tem sido uma das estratégias apontadas para a garantia dos objetivos nutricionais da PSC. A intervenção do enfermeiro tem um papel crucial neste âmbito como foi demonstrado anteriormente, sendo importante consciencializar os enfermeiros para esta problemática e para a necessidade de investimento nesta área de intervenção maioritariamente autónoma.

Os contextos selecionados foram uma mais-valia neste percurso, no qual a grande panóplia de situações de cuidados contribuiu para o enriquecimento da aprendizagem. Analisando o percurso desenvolvido concluo que os objetivos a que me propus foram alcançados com sucesso, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas conforme preconizado nos regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área de enfermagem à PSC, no regulamento do presente curso de mestrado e dos plasmados na lei portuguesa (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A procura de conhecimento e evidência científica atualizada foi parte integrante deste percurso desde a realização da RIL ao estudo de caso e às pesquisas realizadas durante a realização dos estágios em contexto. Este espírito permitiu o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica e tomadas de decisão sustentadas teoricamente, características necessárias para a obtenção do grau de mestre e de enfermeira perita. Realço que o constante *feedback* e acompanhamento da professora orientadora às ideias e trabalhos apresentados desde o início deste percurso foram importantes para o estabelecimento de um fio condutor e que estimularam sempre a reflexão e a melhoria.

Destaco positivamente o acompanhamento pelos enfermeiros orientadores na prestação de cuidados, o que permitiu a discussão das situações clínicas e das situações de cuidados, através da partilha de experiências e opiniões, com base em evidência científica, o que, sem dúvida, foi uma mais-valia no desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo e na

melhoria dos cuidados prestados. A confrontação com diferentes contextos e identificação de potencialidades de mudança nas práticas de cuidados com vista à melhoria da qualidade dos mesmos e segurança dos doentes, foi um exercício importante para o desenvolvimento de competências especializadas, dando resposta ao objetivo deste curso de mestrado: formar peritos capazes de cultivar a liderança nos diferentes contextos de práticas de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem. Considero também como ponto positivo a receção por parte das equipas multidisciplinares que me acolheram como elemento da equipa, o que possibilitou a prestação de cuidados em colaboração e participação nos processos de tomada de decisão em situações complexas de cuidado. No entanto, a experiência profissional que tenho e os conhecimentos prévios que levei comigo foram também elementos facilitadores do processo de adaptação.

As várias oportunidades que surgiram, tanto em contexto formal como informal, para além de contribuírem para o desenvolvimento de competências de comunicação, nomeadamente na comunicação do conhecimento adquirido e respetivos resultados do raciocínio clínico, também foram importantes para a disseminação do conhecimento e para a consciencialização da problemática da área de estudo e da importância da adoção de boas práticas de cuidados.

Ter como fio condutor as teorias “*Fundamentals os Care*” e *Technogical Competency as Caring in Nursing*” foram bases fundamentais para o cuidado prestado e que foram fazendo cada vez mais sentido à medida que refletia sobre as situações de cuidado.

Relativamente às dificuldades sentidas, uma delas teve a ver como a tipologia de doentes na UCIC, maioritariamente do foro neurocirúrgico, mas que foi ultrapassada com muito estudo e com procura de evidência científica, bem como através da discussão do plano de cuidados com a enfermeira orientadora. A aceitação dos pontos identificados como passíveis de melhoria e o alerta para determinadas particularidades do cuidar nestes doentes foram também importantes para ultrapassar esta dificuldade. A prestação de cuidados no SU, no setor dos balcões, foi outra das dificuldades, como referi anteriormente, pelo facto de haver muita rotatividade e não conseguir conhecer os doentes “ao pormenor”. Acredito que com mais tempo e experiência neste contexto teria conseguido identificar mais estratégias que permitissem ultrapassar estas dificuldades. A gestão do tempo, das emoções e da carga de trabalho foram dificuldades que transversalmente senti ao logo deste percurso e que ultrapassei sem impacto sobre os resultados de aprendizagem.

É meu desejo que este trabalho seja uma chamada de atenção para a problemática da desnutrição na PSC e para a necessidade de investimento da enfermagem numa área de cuidado que é “tão nossa”. Considero também que seria um grande impulso se na formação inicial se iniciasse o processo formativo nesta área, ajudando a fomentar o interesse numa intervenção que parece básica mas que é fundamental.

É meu interesse dar continuidade à minha formação nesta área, procurando manter a atualização do conhecimento científico que me permita continuar a prestar cuidados de qualidade, bem como sempre que possível poder transmitir o conhecimento que sou detentora aos pares e à restante equipa multidisciplinar, seja por meio de formação formal como informal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Rt 11/2015*. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgências_final.pdf
- Amaral, T. F., Matos, L. C., Tavares, M. M., Subtil, A., Martins, R., Nazaré, M., & Sousa Pereira, N. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, 26(6), 778–784. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.08.002>
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006>
- Bally, M. R., Blaser Yildirim, P. Z., Bounoure, L., Gloy, V. L., Mueller, B., Briel, M., & Schuetz, P. (2016). Nutritional Support and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients - A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(1), 43. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.6587>
- Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 514–527. <https://doi.org/10.3390/ijerph8020514>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (1ª Edição). Coimbra: Quarteto editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: a thinking in action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Berger, M. M., Reintam-Blaser, A., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M. J., Mayer, K., ... Singer, P. (2019). Monitoring nutrition in the ICU. *Clinical Nutrition*, 38(2), 584–593. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.009>
- Bloomer, M. J., Clarke, A. B., & Morphet, J. (2018). Nurses' prioritization of enteral nutrition in intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 152–158. <https://doi.org/10.1111/nicc.12284>
- Canales, C., Elsayes, A., Yeh, D. D., Belcher, D., Nakayama, A., McCarthy, C. M., ... Quraishi, S. A. (2019). Nutrition Risk in Critically Ill Versus the Nutritional Risk Screening 2002: Are They Comparable for Assessing Risk of Malnutrition in Critically Ill Patients? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(1), 81–87. <https://doi.org/10.1002/jpen.1181>
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>

- Chevrolet, J.-C., & Joliet, P. (2007). Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill – significance and management. *Critical Care*, 11(3), 214. <https://doi.org/10.1186/cc5787>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018. N.º 157*. Diário da República, 1.^a série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Despacho n.º 6634/2018. (2018). *Despacho n.º 6634/2018. N. 126*. Diário da República 2.^a série. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/115652486>
- Devlin, J. W. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M. M., Slooter, A. J. C. J. C., Pandharipande, P. P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma 018/2014 atualizada a 27/04/2015*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015*. Direção Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma 022/2015. Direção-Geral da Saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma 002/2018*. Direção Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

- Ellis, C. S. (2015). Improving Nutrition in Mechanically Ventilated Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(5), 263–270. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000161>
- Elpern, B. E. H., Stutz, L., Peterson, S., & David, P. (2004). Outcomes associated with enteral tube feedings in a medical intensive care unit, 13(3), 221–228.
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., ... Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370–1379. <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Objectivos e Competências do CMEPSC (2010). Retrieved from <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard*, 31(32), 52–62. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10765>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Hadjipanayis, C. G., Widhalm, G., & Stummer, W. (2015). What is the Surgical Benefit of Utilizing 5-Aminolevulinic Acid for Fluorescence-Guided Surgery of Malignant Gliomas? *Neurosurgery*, 77(5), 663–673. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000000929>
- Heyland, D. K., Dhaliwal, R., Jiang, X., & Day, A. G. (2011). Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of a novel risk assessment tool. *Critical Care*, 15(6), R268. <https://doi.org/10.1186/cc10546>
- Hsiao, P.-R., Redley, B., Hsiao, Y.-C., Lin, C.-C., Han, C.-Y., & Lin, H.-R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Jens Kondrup, Rasmussen, H. H., Hamberg, & Stanga, Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321–336. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00214-5](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00214-5)
- Johnson, J. A. (2015). Nursing Professional Development Specialists as Role Models. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 297–299. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000202>
- Kalaldehy, M. Al, & Shahin, M. (2015). Implementing evidence-based enteral nutrition guidelines in intensive care units: a prospective observational study. *Gastrointestinal Nursing*, 13(9), 31–39. <https://doi.org/10.12968/gasn.2015.13.9.31>

- Keyt, H., Faverio, P., & Restrepo, M. I. (2014). Prevention of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: A review of the clinically relevant recent advancements. *The Indian Journal of Medical Research*, 139(6), 814–821. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164993/>
- Kim, H., & Chang, S. J. (2019). Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Australian Critical Care*, 32(3), 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.04.001>
- Kitson, A. (2016). Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(1), 10–16. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24641>
- Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Phil, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia, Australia: School of Nursing Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide. Retrieved from https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Köck, R., Becker, K., Cookson, B., van Gemert-Pijnen, J. E., Harbarth, S., Kluytmans, J., ... Friedrich, A. W. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): burden of disease and control challenges in Europe. *Eurosurveillance*, 15(41), 1–9. <https://doi.org/10.2807/ese.15.41.19688-en>
- Koekkoek, K. W. A. C., & Van Zanten, A. R. H. (2018). Nutrition in the ICU: new trends versus old-fashioned standard enteral feeding? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(416). <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000571>
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Paluthy, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)
- Kopp Lugli, A., de Watterville, A., Hollinger, A., Goetz, N., & Heidegger, C. (2019). Medical Nutrition Therapy in Critically Ill Patients Treated on Intensive and Intermediate Care Units: A Literature Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1395. <https://doi.org/10.3390/jcm8091395>
- Lakhani, J. D. (1985). SOFA vs APACHE II as ICU scoring system for sepsis: A dilemma. *The Journal of Integrated Health Sciences*, III(II). Retrieved from <http://www.jihs.in>

- Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B., & Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005>
- Liang, S. Y., Theodoro, D. L., Schuur, J. D., & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.024>
- Locsin, R. C. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Marinho, A., Pinho, J., Cançado, L. R., Oliveira, M. M., Oliveira, M. G., Marinho, R., & Martins, F. R. (2012). Avaliação das necessidades energéticas no doente crítico. *Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica*, VI(1), 19–24.
- Marinho, Anibal, Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, J., Mendes, L., ... Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna*, 26(1), 60–66. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/91/1/2019>
- Marques, A., & Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência*. (Grupo Português de Triagem, Ed.) (2ª Edition). Amadora, Lisboa, Lisboa: Blackwell Publishing LTD Oxford.
- Marshall, A. P., Cahill, N. E., Gramlich, L., MacDonald, G., Alberda, C., & Heyland, D. K. (2012). Optimizing Nutrition in Intensive Care Units: Empowering Critical Care Nurses to Be Effective Agents of Change. *American Journal of Critical Care*, 21(3), 186–194. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012697>
- McClave, S. A., Martindale, R. G., Rice, T. W., & Heyland, D. K. (2014). Feeding the critically ill patient. *Critical Care Medicine*, 42(12), 2600–2610. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000654>
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., ... Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-parbury, J., Bramwell, M., Hudson, J., & Mckinley, S. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>

- Mendes, A. P. (2016). Sensibility of professionals to information needs : experience of the family at the intensive care unit. *Texto&Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, R., Policarpo, S., Fortuna, P., Alves, M., Virella, D., & Heyland, D. K. (2017). Nutritional risk assessment and cultural validation of the modified NUTRIC score in critically ill patients—A multicenter prospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 37, 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.08.001>
- Meyer, G., Levin, M. A., & Lavin Ann, M. (2005). VIGILANCE : THE ESSENCE OF NURSING. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril (2014).
- Mulherin, D. W., & Cogle, S. V. (2017). Updates in Nutrition Support for Critically Ill Adult Patients. *Hospital Pharmacy*, 52(1), 17–26. <https://doi.org/10.1310/hpj5201-17>
- Mutrie, L., & Hill, B. (2018). Providing nutritional support for patients in critical care. *Nursing Standard*, 33(3), 77–82. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10804>
- O'Leary-Kelley, C., & Bawel-Brinkley, K. (2017). Nutrition Support Protocols: Enhancing Delivery of Enteral Nutrition. *Critical Care Nurse*, 37(2), e15–e23. <https://doi.org/10.4037/ccn2017650>
- Orinovsky, I., & Raizman, E. (2018). Improvement of nutritional intake in intensive care unit patients via a nurse-led enteral nutrition feeding protocol. *Critical Care Nurse*, 38(3), 38–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018433>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., ... Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa - Saúde. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Patel, J. J., & Codner, P. (2016). Controversies in Critical Care Nutrition Support. *Critical Care Clinics*, 32(2), 173–189. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.11.002>
- Patel, J. J., Hurt, R. T., McClave, S. A., & Martindale, R. G. (2017). Critical Care Nutrition: Where's the evidence. *Critical Care Clinics*, 33(2), 397–412. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.006>
- Patel, J. J., Martindale, R. G., & McClave, S. A. (2017). Controversies Surrounding Critical Care Nutrition: An Appraisal of Permissive Underfeeding, Protein, and Outcomes. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 42(3), 014860711772190. <https://doi.org/10.1177/0148607117721908>
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*, 38(166), 139–153.

- Rahman, A., Hasan, R. M., Agarwala, R., Martin, C., Day, A. G., & Heyland, D. K. (2016). Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the “modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. *Clinical Nutrition*, 35(1), 158–162. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.015>
- Regulamento N.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista*. Diário da República, 2ª série. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento N.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 19360 Diário da República, 2.ª série. Assembleia da República: Diário da República, 2ª série. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ros, C., McNeill, L., & Bennett, P. (2009). Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2406–2415. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02765.x>
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614–630. <https://doi.org/10.1177/1744987118785987>
- Scanlon, A., & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59.
- Sehgal, I., & Singh, N. (2016). Nutritional Management in the Intensive Care Unit. In *Pulmonary & Critical Care Medicine: Respiratory Critical Care* (Vol. 4 (2), pp. 137–156). Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. https://doi.org/10.5005/jpp/books/12917_10
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., ... Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Skees, J. (2010). Continuing Education: A Bridge to Excellence in Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 104–116. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d913a1>

- Stewart, M. L. (2014). Interruptions in Enteral Nutrition Delivery in Critically Ill Patients and Recommendations for Clinical Practice. *Critical Care Nurse*, 34(4), 14–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2014243>
- Torres, A., Niederman, M. S., Chastre, J., Ewig, S., Fernandez-Vandellos, P., Hanberger, H., ... Wunderink, R. (2018). Summary of the international clinical guidelines for the management of hospital-acquired and ventilator-acquired pneumonia. *ERJ Open Research*, 4(2), 00028–02018. <https://doi.org/10.1183/23120541.00028-2018>
- Tran, K., & Butcher, R. (2019). *Chlorhexidine for Oral Care : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines* (Vol. 1). Ottawa.
- VanBlarcom, A., & McCoy, M. A. (2018). New nutrition guidelines: Promoting enteral nutrition via a nutrition bundle. *Critical Care Nurse*, 38(3), 46–52. <https://doi.org/10.4037/ccn2018617>
- Viana, J., Balinha, J., & Afonso, C. (2017). Monitorização Do Volume De Resíduo Gástrico No Doente Crítico. *Associação Portuguesa de Nutrição*, 38–42. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1006>
- Vincent, J. L., Moreno, R., Takala, J., Willatts, S., De Mendonça, A., Bruining, H., ... Thijs, L. G. (1996). The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine*, 22(7), 707–710. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8844239>
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
- Wong, D. T., & Knaus, W. A. (1991). Predicting outcome in critical care: the current status of the APACHE prognostic scoring system. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 38(3), 374–383. <https://doi.org/10.1007/BF03007629>
- Yildirim, T., & Özlü, Z. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(1), 33. https://doi.org/10.4103/nms.nms_100_17

APÊNDICES

Apêndice I:

Atividades planejadas para estágio

Atividades a desenvolver em contexto de Serviço de Urgência

Objetivo geral: Desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à PSC e família em contexto de serviço de Urgência

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Metas
Prestar cuidados de enfermagem individualizados e especializados à PSC em risco de falência multiorgânica e família/pessoa significativa, suportados pela Teoria <i>Fundamentals of care</i>	- Conhecer a estrutura física do serviço e o circuito do doente desde a entrada no SU até à transferência; - Conhecer protocolos existentes no serviço; - Integrar o conhecimento científico produzido ao longo do presente curso de mestrado na prestação de cuidados; - Participar na avaliação da pessoa segundo o sistema de triagem de Manchester; - Conhecer estratégias do serviço para a identificação do risco nutricional; - Participar no acolhimento ao serviço à PSC e família/pessoa significativa, procedendo à colheita de dados e identificando as suas necessidades fundamentais, nomeadamente a nutrição; - Gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; - Participar na prestação de cuidados à PSC na sala de observação e sala de reanimação/trauma, antecipando as	Humanos: Equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional; Materiais e físicos: - Sistema informático; - Sistema de triagem de Manchester; - Normas e protocolos do serviço; - Serviço de urgência	- Demonstra integrar-se na equipa de enfermagem e multiprofissional; - Presta cuidados de enfermagem que cumprem os protocolos do serviço e as recomendações das <i>guidelines</i> nacionais e internacionais mais atualizadas; - Demonstra conhecimentos teóricos, científicos e técnicos baseados em evidência na prestação de cuidados; - Realiza o acolhimento à PSC e família; - Identifica junto da PSC e família/pessoa significativa as suas necessidades fundamentais e atua de forma a dar resposta às mesmas. - Realiza a avaliação do risco nutricional, se for prática do serviço; - Identifica necessidades nutricionais e complicações associadas ao risco nutricional e transmite aos pares e equipa multidisciplinar sempre que adequado e conforme prática do serviço; - Presta cuidados de enfermagem à PSC em colaboração com a equipa de enfermagem e multidisciplinar;

	suas necessidades fundamentais e assegurando um ambiente seguro; - Participar na avaliação primária da PSC em sala de reanimação/trauma; - Gerir os cuidados, estabelecendo prioridades com base nos diagnósticos de enfermagem identificados; - Preservar a autonomia da PSC sempre que a sua situação clínica o permitir; - Participar nos momentos de transição de cuidados.		- Diagnostica precocemente complicações decorrentes da administração de protocolos terapêuticos complexos, respondendo de forma apropriada e atempada; - Demonstra conhecimento sobre a avaliação primária do doente segundo a metodologia ABCDE; - Identifica precocemente focos de instabilidade; - Responde de forma adequada e antecipatória aos focos de instabilidade identificados; - Justifica construtivamente as tomadas de decisão; - Monitoriza os resultados dos cuidados prestados; - Transmite a informação clínica de forma coerente e lógica durante a transição de cuidados, garantido a continuidade dos cuidados.
Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC;	- Identificar sinais precoces de sépsis e choque séptico; - Prestar cuidados de enfermagem cumprindo as normas de controlo de infeção; - Gerir o ambiente físico	Humanos: Equipa de enfermagem e multidisciplinar Materiais: Equipamento de proteção individual, material esterilizado; normas e protocolos do serviço e <i>guidelines</i> nacionais e	- Presta cuidados que cumprem as normas de controlo da infeção; - Demonstra conhecimento dos sinais precoces de sépsis e choque séptico; - Responde de forma adequada aos sinais e sintomas identificados, minimizando as complicações que daí advêm, onde se inclui a transmissão da informação à equipa médica e de enfermagem.

		internacionais; artigos científicos.	- Identifica as necessidades do serviço no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção.
Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especializado na valorização dos cuidados fundamentais ao doente crítico em contexto de SU	- Desenvolver espírito crítico e reflexivo nas situações de cuidados que vivencia; - Refletir sobre a ação e na ação, identificando pontos fortes e pontos fracos e potenciais de melhoria; - Realização de jornais de aprendizagem.		- Partilha a reflexão das situações de cuidados com o enfermeiro orientador e professor orientador; - Integração das situações de cuidados e respetiva reflexão no relatório de estágio.
Promover na equipa de enfermagem e multidisciplinar o reconhecimento da problemática da desnutrição em contexto hospitalar e na PSC	- Partilhar o conhecimento sobre a temática	Humanos: Equipa de enfermagem; Físicos: SU, sala de reuniões ou sala de enfermagem; Materiais: Artigos científicos, computador e projetor	- Transmite aos pares o conhecimento científico que detém, nos vários momentos que sejam adequados: passagens de turno, conversas informais, entre outros. - Participa em sessões de sensibilização se consideradas pertinentes pelo serviço.

Atividades a desenvolver em contexto de UCI

Objetivo geral: Aprofundar competências especializadas no cuidado de enfermagem à PSC, com ênfase para o suporte nutricional

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Metas
Conhecer a melhor evidência científica dirigida ao suporte nutricional da PSC;	- Realização de pesquisas bibliográficas nas bases de dados sobre a temática	- Bases de dados na internet, livros, manuais e outros.	- Integração da evidência científica na elaboração do relatório estágio.
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, nomeadamente na gestão nutricional	- Conhecer a estrutura física e organizacional do serviço; - Conhecer protocolos existentes, de nutrição entérica ou outros; - Prestar cuidados de acordo com os protocolos implementados; - Integrar o conhecimento científico produzido ao longo do presente curso de mestrado na prestação de cuidados; - Participar no acolhimento ao serviço à PSC e família/pessoa significativa, procedendo à colheita de dados e identificando as suas necessidades fundamentais e possíveis problemas e necessidades nutricionais. - Conhecer estratégias do serviço para a identificação do risco nutricional; - Conhecer os métodos implementados no serviço para identificação das	Humanos: - Equipa de enfermagem e equipa multiprofissional Materiais: - Sistema informático utilizado no serviço - Folhas de registo - Protocolos do serviço e institucionais - Folhetos informativos do serviço	- Demonstra integrar-se na equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Presta cuidados de enfermagem que cumprem as recomendações das <i>guidelines</i> nacionais e internacionais mais atualizadas; - Presta cuidados de enfermagem cumprindo os protocolos do serviço; - Realiza o acolhimento à PSC e família; - Identifica junto da PSC e família/pessoa significativa as suas necessidades fundamentais, nomeadamente na nutrição, e atua de forma a dar resposta às mesmas. - Identifica as estratégias de identificação do risco nutricional; - Realiza a avaliação do risco nutricional conforme normas do serviço; - Identifica os métodos implementados no serviço para identificação das necessidades energéticas e proteicas do doente;

	necessidades energéticas e proteicas do doente; - Participar no seio da equipa multidisciplinar na decisão do início e tipo de nutrição a introduzir; - Desenvolver espírito crítico e reflexivo nas situações de cuidados que vivencia; - Participar nos momentos de transição de cuidados.		- Partilha a reflexão das situações de cuidados com o enfermeiro orientador e/ou professor orientador; - Transmite a informação clínica de forma coerente e lógica durante a transição de cuidados, garantido a continuidade de cuidados; - Integração das situações de cuidados e respetiva reflexão no relatório de estágio.
Detetar precocemente complicações associadas ao suporte nutricional da PSC	- Vigilância hemodinâmica do doente; - Vigilância da tolerância à NE conforme protocolos do serviço e <i>guidelines</i>; - Vigilância e controlo glicémico conforme protocolos do serviço; - Prestar cuidados que minimizem o efeito das complicações identificadas.	Humanos: Equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar Materiais: - Monitorização hemodinâmica utilizada no serviço; - Protocolos do serviço e institucionais; - Sistema informático disponível no serviço; - Folhas de registo.	- Demonstra conhecimento sobre as medidas para prevenir complicações; - Transmite ao enfermeiro orientador e equipa médica complicações detetadas; - Demonstra conhecimento das estratégias para minimizar os efeitos das complicações identificadas; - Avalia o resultado dos cuidados prestados;
Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC;	- Prestar cuidados de enfermagem tendo por bases as normas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente do manuseamento dos cateteres venosos centrais e da prevenção da pneumonia associada à ventilação;	Humanos: Equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar Materiais: Normas de controlo da infeção; Bases de dados na	- Demonstra conhecimento das normas e medidas para o controlo da infeção na PSC. - Identifica as necessidades do serviço no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção. - Integra o conhecimento adquirido na elaboração do projeto de estágio.

		internet, livros, manuais entre outros.	
Contribuir para a formação em enfermagem no âmbito do suporte nutricional da PSC	- Partilhar o conhecimento sobre a temática com os pares e restante equipa multidisciplinar.	Humanos: Equipa hospitalar multiprofissional – médicos, enfermeiros, nutricionistas entre outros; Físicos: UCI, Sala de reuniões ou sala de enfermagem; Materiais: Artigos científicos, computador e projetor.	- Transmite aos pares o conhecimento científico que detém, nos vários momentos que sejam adequados: passagens de turno, conversas informais; - Participa em sessões de formação/partilha de conhecimento se forem consideradas pertinentes pelo serviço;
Contribuir para o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem no âmbito do suporte nutricional da PSC	- Estabelecer contacto com enfermeiros peritos na área da nutrição da PSC; - Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados, mantendo uma atitude de questionamento e procura de evidência. - Observação da prestação de cuidados de enfermagem, identificando lacunas e possíveis áreas de melhoria; - Partilhar o conhecimento científico, baseado nas <i>guidelines</i> mais atualizadas.	Humanos: Equipa de enfermagem; Físicos: UCI, sala de reuniões ou sala de enfermagem; Materiais: Bases de dados, documentos, protocolos e normas do serviço	- Transmite aos pares o conhecimento científico que detém, nos vários momentos que sejam adequados: passagens de turno, conversas informais; - Integra a reflexão e o conhecimento que adquiriu no serviço e com peritos na elaboração do relatório de estágio.

Promover na equipa de enfermagem e multidisciplinar o reconhecimento da problemática da desnutrição em contexto hospitalar e na PSC	- Partilhar o conhecimento sobre a temática	Humanos: Equipa de enfermagem; Físicos: Serviço de cuidados Intensivos, sala de reuniões ou sala de enfermagem; Materiais: Computador e projetor	- Transmite aos pares o conhecimento científico que detém, nos vários momentos que sejam adequados: passagens de turno, conversas informais, entre outros. - Participa em sessões de sensibilização se consideradas pertinentes pelo serviço.
---	---	--	--

Apêndice II:

Protocolo da revisão integrativa da literatura

Protocolo de revisão integrativa da literatura

Gestão nutricional na pessoa em situação crítica – intervenção especializada do enfermeiro

Resumo

Background: Atualmente as temáticas da desnutrição e da nutrição no doente crítico têm sido alvo de debate na comunidade científica, havendo cada vez mais a preocupação em encontrar estratégias para o combate à desnutrição hospitalar. Sendo o enfermeiro responsável por atender às necessidades fundamentais da Pessoa doente, está numa posição privilegiada para garantir o sucesso da terapia nutricional.

Objetivo: Identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem com efetividade na gestão nutricional da pessoa em situação crítica (PSC).

Desenho: Revisão integrativa da literatura com a questão de partida formulada pelo método PI(C)O.

Método: A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, acedida através da plataforma EbscoHost. A extração dos dados será realizada tendo em conta o objetivo, tipo de estudo, participantes, método utilizado/contexto, limitações e principais resultados. A qualidade dos estudos foi obtida através dos instrumentos de avaliação do *Joana Briggs Institute*.

Conclusão: Este protocolo evidenciará as intervenções de enfermagem no âmbito da nutrição bem como recomendações para a prática que poderão servir de base para a elaboração de protocolos e guias de boas práticas nas instituições. Para além disso, poderão ser identificadas lacunas de investigação nesta área.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; terapia nutricional; intervenções de enfermagem; vigilância

Abstract

Background: Currently, the themes of malnutrition and nutrition in critically ill patients have been a subject of debate in the scientific community, and there is a growing concern to find strategies to combat hospital malnutrition. Being nurses responsible for meeting the fundamental needs of sick people, they are in a privileged position to ensure the success of nutritional therapy.

Objective: To identify and synthesize the existing scientific evidence on effective nursing interventions in the nutritional management of critically ill patients.

Design: Integrative literature review, using the PI(C)O method for the research question.

Methodology: The research was conducted in the MEDLINE and CINAHL databases, accessed through the EbscoHost platform. Data extraction was performed taking into account the objective, type of study, participants, method used/context, limitations and main outcome. The quality of the studies was obtained through the evaluation tools of the Joana Briggs Institute.

Conclusion: This protocol will highlight nursing interventions in the field of nutrition as well as recommendations for practice that can serve as a basis for the development of protocols and guides to good practices in institutions. In addition, research gaps in this area could be identified.

Keywords: Critical care, nursing management, nutrition therapy, nutrition, monitoring.

Introdução

Atualmente a temática da desnutrição e da nutrição tem sido alvo de debate na comunidade científica, havendo cada vez mais a preocupação em encontrar estratégias para o combate à desnutrição hospitalar. Apesar de estarem amplamente descritas na literatura as consequências negativas associadas à desnutrição e o impacto que tem nos *outcomes* dos doentes e nos sistemas de saúde, a desnutrição continua a ser negligenciada, subdiagnosticada e subtratada pelos profissionais de saúde, verificando-se altas taxas de prevalência bem como falta de conhecimento na área (Barker, Gout, & Crowe, 2011; Marinho et al., 2019).

A taxa de prevalência da desnutrição descrita na literatura ronda os 20% a 50% dependendo dos critérios de avaliação e definição e da população em estudo (Barker et al., 2011). Em Portugal, estudos realizados estimam existirem cerca de 40% de doentes em risco nutricional à data de admissão hospitalar, dependendo do estágio e gravidade da doença (Marinho et al., 2019).

No doente crítico a resposta metabólica ao stress e o estado nutricional pré-existente são fatores que predispõem a um risco nutricional (Patel & Codner, 2016). Tendo em conta a especificidade destes doentes e o facto de muitos deles estarem subnutridos à admissão, também as suas necessidades nutricionais são mais específicas, variando ao longo da evolução da doença crítica. Atualmente o suporte nutricional no doente crítico já não é visto como um cuidado secundário mas sim como uma estratégia terapêutica (McClave et al., 2016), falando-se em terapia nutricional, com benefícios nutricionais e não nutricionais (Patel & Codner, 2016).

Sendo o enfermeiro responsável por atender às necessidades fundamentais da Pessoa doente, está numa posição privilegiada para garantir o sucesso da terapia nutricional (Stewart, 2014). De facto, a implementação de protocolos de nutrição entérica (NE) onde o enfermeiro assume o papel principal tem sido uma das estratégias identificadas para garantir que os objetivos nutricionais são atingidos, minimizando as interrupções na nutrição (McClave et al., 2016; O'Leary-Kelley & Bawel-Brinkley, 2017; Ros et al., 2009). É, por isso, evidente a importância da enfermagem neste âmbito. Segundo Marshall et al. (2012), se os enfermeiros continuarem a não atribuir importância ao suporte nutricional e a deixar a suporte nutricional para segundo plano nas práticas de cuidados, podemos ter como consequência uma desnutrição iatrogénica.

Tendo em conta a problemática da nutrição no doente crítico, o objetivo desta revisão integrativa da literatura é identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão nutricional do doente crítico.

Metodologia

O objetivo desta revisão integrativa da literatura é identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão nutricional do doente crítico.

Para a construção da questão de investigação foi utilizada a mnemónica PI(C)O. Assim, foi definida a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem (**I**) que promovem uma nutrição adequada (**C**) na pessoa em situação crítica (**P**)?. Nas intervenções associam-se conceitos como gestão nutricional e vigilância.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Pessoa adulta (idade > 18anos) em situação de doença crítica;
- Artigos que abordem as intervenções de enfermagem ou papel do enfermeiro na nutrição da PSC;
- Artigos com *abstract* disponível;
- Artigos em português, inglês e espanhol;
- Estudos quantitativos e qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e outros, desde que cumpram os critérios definidos;
- Não foi definido limite temporal.

Numa primeira fase será feita uma pesquisa livre para identificação de palavras-chave e termos de pesquisa, utilizando as seguintes palavras-chave e respetivas associações: *Critical care OR Critically ill patient OR Critical illness AND Nursing intervention OR Nursing care OR Nursing management OR Nutritional management OR Enteral nutrition OR Parenteral nutrition OR Nutritional assessment OR Nutritional support OR Nutrition therapy OR Monitoring AND (Nutrition OR Outcomes)*. De seguida serão identificados os termos indexados em cada base de dados. A pesquisa será realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, acedida através da plataforma EbscoHost.

Ao total de artigos obtidos na pesquisa serão aplicados os limitadores de acordo com os critérios de idade e *abstract* disponível. Após confrontação dos artigos selecionados nas duas bases de dados serão excluídos os repetidos. A seleção será feita de forma faseada: primeiro pela leitura do título e depois pelo *abstract*. Através desta análise serão excluídos os artigos cujo tema não esteja relacionado com a nutrição do doente crítico, artigos não relacionados com enfermagem e que não mencionem protocolos, *guidelines* e/ou *bundles*. Dos artigos considerados relevantes será feita a análise do texto integral. Serão também incluídos artigos de pesquisa livre que cumpram os critérios definidos e respondam à questão de investigação. Estas etapas serão representadas através de um fluxograma (Moher et al,2009).

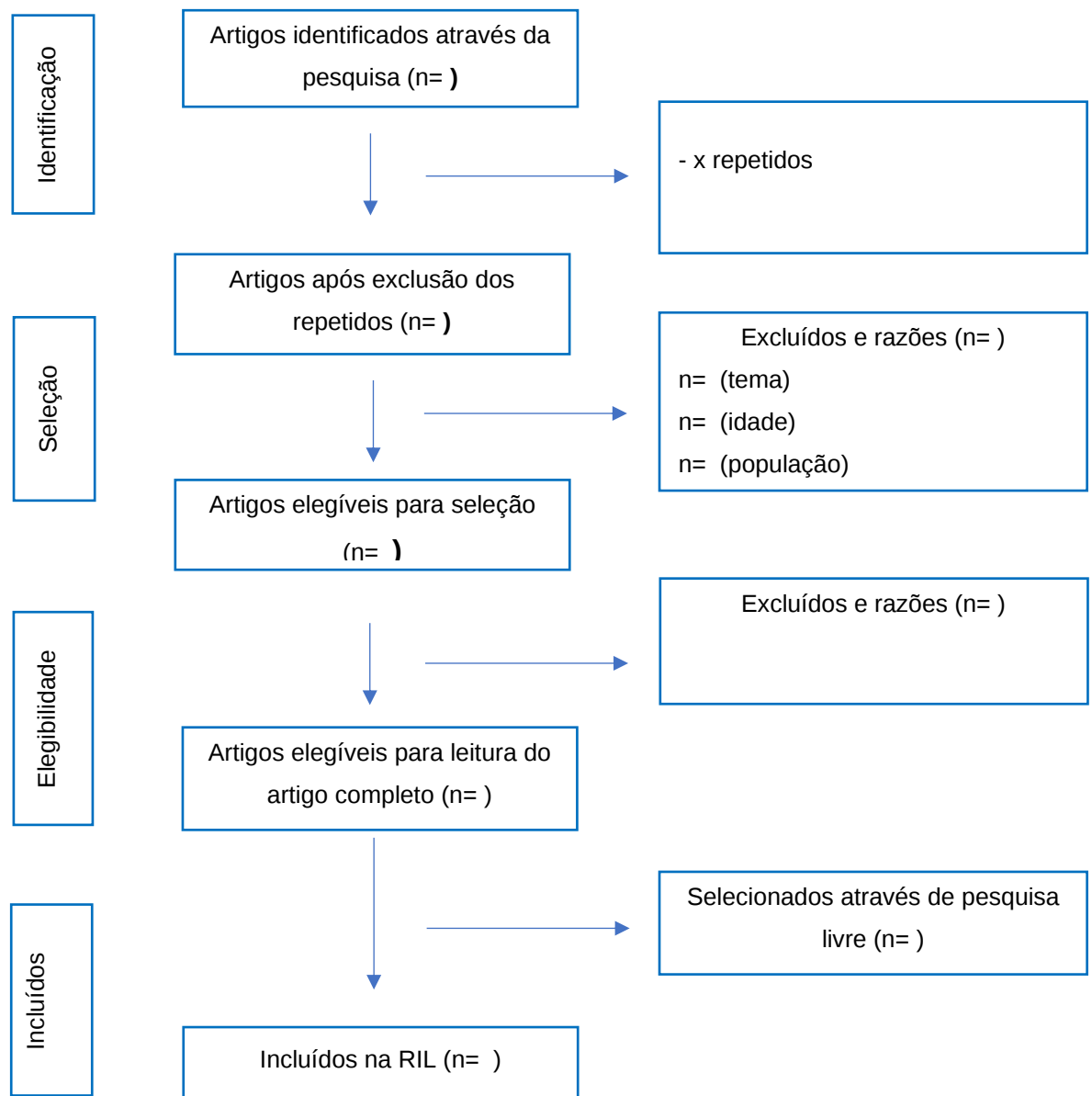


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Extração de resultados

A extração dos resultados será realizada tendo em conta os seguintes dados: objetivo, tipo de estudo, participantes, método utilizado/contexto, limitações e principais resultados. A qualidade dos estudos será verificada com recurso aos instrumentos de avaliação da *Joanna Briggs Institute* para cada tipo de estudo.

Discussão dos resultados

Na introdução deste protocolo está expressa a problemática desta temática e a necessidade de estratégias e intervenções que deem resposta à mesma. Com a realização deste protocolo é esperado identificar áreas de intervenção do enfermeiro no âmbito da nutrição da PSC, e intervenções de enfermagem relacionadas com a vigilância, prevenção e tratamento de complicações associadas à terapia nutricional. Neste sentido, serão incluídos artigos cujo objeto de estudo seja a implementação e cumprimento de protocolos nutricionais e *bundles*, onde seja evidente a intervenção do enfermeiro. Pretende-se sobretudo que após análise sejam identificadas intervenções e estratégias que possam ser colocadas em prática pelos enfermeiros e que possam servir de base para a elaboração de protocolos e guias de boas práticas nas instituições, sempre tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os resultados obtidos serão também analisados à luz das *guidelines* mais recentes.

Conclusão

A desnutrição hospitalar é cada vez mais comum em contexto hospitalar e atendendo às consequências negativas que acarreta para a pessoa doente e para o sistema nacional de saúde são necessárias estratégias de combate à mesma. O enfermeiro desempenha um papel crucial neste âmbito, na medida em que as intervenções que desenvolve no cuidado à pessoa doente vão contribuir para o sucesso da terapia nutricional. Assim, este protocolo evidenciará as intervenções de enfermagem no âmbito da nutrição bem como recomendações para a prática que poderão servir de base para a elaboração de protocolos e guias de boas práticas nas instituições. Para além disso, poderão ser identificadas lacunas de investigação nesta área.

Referências bibliográficas

Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 514–527.

<https://doi.org/10.3390/ijerph8020514>

- Berger, M. M., Reintam-Blaser, A., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M. J., Mayer, K., ... Singer, P. (2019). Monitoring nutrition in the ICU. *Clinical Nutrition*, 38(2), 584–593. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.009>
- Bielewicz, B. J., George, E., Gunn, S., Oroukin, M., Ren, Di., Beach, M., & Tuite, P. (2018). A Clinical Nurse Specialist-Led Initiative to Reduce Deficits in Tube Feeding Administration for the Surgical and Trauma Populations. *Clinical Nurse Specialist*, 32(6), 299–306. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000405>
- Bloomer, M. J., Clarke, A. B., & Morphet, J. (2018). Nurses' prioritization of enteral nutrition in intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 152–158. <https://doi.org/10.1111/nicc.12284>
- Ellis, C. S. (2015). Improving Nutrition in Mechanically Ventilated Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(5), 263–270. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000161>
- Juvé-Udina, M.-E., Valls-Miró, C., Carreño-Granero, A., Martinez-Estalella, G., Monterde-Prat, D., Domingo-Felici, C.-M., ... Asensio-Malo, G. (2009). To return or to discard? Randomised trial on gastric residual volume management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.004>
- Kalaldehy, M. Al, & Shahin, M. (2015). Implementing evidence-based enteral nutrition guidelines in intensive care units: a prospective observational study. *Gastrointestinal Nursing*, 13(9), 31–39. <https://doi.org/10.12968/gasn.2015.13.9.31>
- Kim, H., & Chang, S. J. (2019). Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Australian Critical Care*, 32(3), 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.04.001>
- Lee, J. S., Kang, J. E., Park, S. H., Jin, H. K., Jang, S. M., Kim, S. A., & Rhie, S. J. (2018). Nutrition and Clinical Outcomes of Nutrition Support in Multidisciplinary Team for Critically Ill Patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 33(5), 633–639. <https://doi.org/10.1002/ncp.10093>
- Marinho, A., Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, J., Mendes, L., ... Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna*, 26(1), 60–66. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/91/1/2019>
- Marshall, A. P., Cahill, N. E., Gramlich, L., MacDonald, G., Alberda, C., & Heyland, D. K. (2012). Optimizing Nutrition in Intensive Care Units: Empowering Critical Care

Nurses to Be Effective Agents of Change. *American Journal of Critical Care*, 21(3), 186–194. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012697>

McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Johnson, D. R., Rice, T. W., Gervasio, J. M., ... McCarthy, M. S. (2016). *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)*. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* (Vol. 40). <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Mutrie, L., & Hill, B. (2018). Providing nutritional support for patients in critical care. *Nursing Standard*, 33(3), 77–82. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10804>

O'Leary-Kelley, C., & Bawel-Brinkley, K. (2017). Nutrition Support Protocols: Enhancing Delivery of Enteral Nutrition. *Critical Care Nurse*, 37(2), e15–e23. <https://doi.org/10.4037/ccn2017650>

Orinovsky, I., & Raizman, E. (2018). Improvement of nutritional intake in intensive care unit patients via a nurse-led enteral nutrition feeding protocol. *Critical Care Nurse*, 38(3), 38–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018433>

Patel, J. J., & Codner, P. (2016). Controversies in Critical Care Nutrition Support. *Critical Care Clinics*, 32(2), 173–189. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.11.002>

Ros, C., McNeill, L., & Bennett, P. (2009). Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2406–2415. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02765.x>

Stewart, M. L. (2014). Interruptions in Enteral Nutrition Delivery in Critically Ill Patients and Recommendations for Clinical Practice. *Critical Care Nurse*, 34(4), 14–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2014243>

VanBlarcom, A., & McCoy, M. A. (2018). New nutrition guidelines: Promoting enteral nutrition via a nutrition bundle. *Critical Care Nurse*, 38(3), 46–52. <https://doi.org/10.4037/ccn2018617>

Apêndice III:
**Póster “Desnutrição hospitalar: uma realidade
a combater”**

DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR: UMA REALIDADE A COMBATER



INTRODUÇÃO

Apesar da temática da desnutrição ser amplamente descrita na literatura e uma realidade em contexto hospitalar, com impacto no outcome dos doentes e dos sistemas de saúde, a desnutrição continua a ser negligenciada, subdiagnosticada e subtratada pelos profissionais de saúde, verificando-se altas taxas de prevalência bem como falta de conhecimento na área (Barker, Gout, & Crowe, 2011; Marinho et al., 2019). O reconhecimento e o tratamento precoces da desnutrição são importantes tanto para os doentes como para os sistemas de saúde (Leiva Iñáñigo et al., 2017).

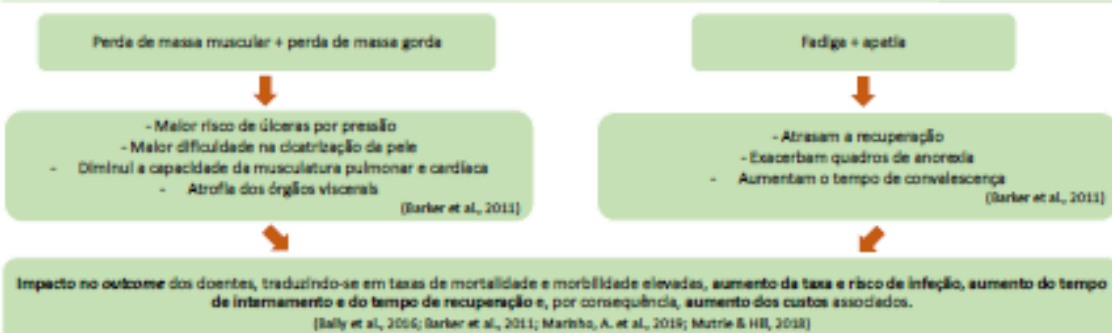
CONCEITO

"Estado de ingestão insuficiente, ou absorção inadequada, de nutrientes em função das necessidades nutricionais, que resulta na alteração da composição corporal, em alterações funcionais e na perda de massa corporal causando efeitos adversos que levam a diminuição das funções físicas e mentais e a um comprometimento do prognóstico clínico de uma patologia subjacente." As suas causas podem ser derivadas à fome, à doença ou a idades avançadas (superiores a 80 anos) isoladamente ou em conjunto (Cederholm et al., 2017).

PROBLEMÁTICA

- ➡ A taxa de prevalência descrita na literatura ronda os 20% a 50% - dependendo dos critérios de avaliação e definição e da população em estudo (Barker et al., 2011);
- ➡ Em Portugal: estudos estimam que cerca de 40% dos doentes, em risco nutricional à data de admissão hospitalar, dependendo do estado da doença e do grau/severidade (Marinho, A. et al., 2019);
- ➡ Entre 30 a 55% dos doentes à admissão hospitalar estão em risco de desnutrição, sendo que o custo de tratamento destes doentes é 20% superior ao da média dos doentes sem risco de desnutrição, dentro do mesmo grupo de diagnóstico (Anaral et al., 2007);

CONSEQUÊNCIAS PARA A PESSOA DOENTE



A importância da implementação de estratégias para o combate à desnutrição hospitalar já foi reconhecida pelo governo português...



Despacho n.º 6634/2018

Implementa as Ferramentas a utilizar para a identificação do risco nutricional, bem como a implementação, nos estabelecimentos hospitalares do SNS, de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, de acordo com as disposições...

CONCLUSÃO

É importante que os profissionais reconheçam esta problemática de forma a poder intervir o mais precocemente possível. O enfermeiro sendo o profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa doente está numa posição privilegiada para identificar os doentes em risco de desnutrição e em conjunto com a equipa multidisciplinar implementar intervenções para prevenir e tratar a desnutrição (Stewart, 2004).

Referências Bibliográficas: Anaral, T. P., Melis, L. C., Teixeira, M. M., Sakil, A., Marinho, R., Nazari, M., & Sousa Pereira, N. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, 26(6), 770-784. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.08.002>
Bally, M. R., Bazer TS4319, P. Z., Bourneau, L., Gray, V. L., Mueller, R., Bilel, M., & Schmitt, P. (2008). Nutritional Support and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients - A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(12), 43. <https://doi.org/10.1001/jama.299.12.1501>
Barker, L., Gout, R., & Crowe, T. (2011). Hospital Malnutrition Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(1), 810-827. <https://doi.org/10.3390/ijerph8010810>
Cederholm, T., Nilsson, R., Austin, P., Balmer, P., Baki, S., Bachoff, S. C., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
Despacho (6634/2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 129 — 8 de julho de 2018, pp 18713-18714; Leiva Iñáñigo, F., Balle Tello, M., Virgili Cases, N., Elguizabal Lengua, S., Paz Méndez, C., Herrera Meneguer, I., ... Usp Talavera, J. M. (2017). Efecto de la desnutrición hospitalaria en la admisión: la desnutrición aumenta la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria. *Medicina Hospitalaria*, 33(1), 15-18. <https://doi.org/10.3939/1546-5047.3301>
Marinho, A., Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, I., Mendes, L., ... Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Representações em Portugal. *Medicina Interna*, 28(1), 60-66. <https://doi.org/10.1007/s00135-018-0010-0>
Muller, L., & Hill, S. (2008). Providing nutritional support for patients in critical care. *Nursing Standard*, 22(1), 77-82. <https://doi.org/10.1093/nurstd/22.1.77>
Stewart, M. L. (2004). Interruptions in Inpatient Nutrition Delivery in Critically Ill Patients and Recommendations for Clinical Practice. *Critical Care Nurse*, 24(1), 14-22. <https://doi.org/10.4023/2004.4220>

Apêndice IV:

**Excerto da formação “Terapia nutricional na
pessoa em situação crítica”**

TERAPIA NUTRICIONAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Mestranda: Sara Silva
Enfermeira orientadora: Enª Susana Alalusi Sobral
Professor orientador: Professores Teresa Leal

Lisboa
2020

1

OBJETIVOS

- ✓ Reconhecer a importância da nutrição na Pessoa em situação crítica;
- ✓ Identificar e compreender as necessidades nutricionais específicas da Pessoa em situação crítica;
- ✓ Sensibilizar para a importância das intervenções de enfermagem na gestão nutricional da Pessoa em situação crítica.

2

ÍNDICE

- ✓ Identificação da problemática
- ✓ Avaliação do risco nutricional
- ✓ Enquadramento teórico: Nutrição no doente crítico
- ✓ Avaliação das necessidades energéticas
- ✓ Intervenções de enfermagem
- ✓ Conclusão

3

PROBLEMÁTICA

DESNUTRIÇÃO

"Estado de ingestão insuficiente, ou absorção desadequada, de nutrientes em função das necessidades nutricionais, que resulta na alteração da composição corporal, em alterações funcionais e na perda de massa corporal causando efeitos adversos que levam a diminuição das funções físicas e mentais e a um comprometimento do prognóstico clínico de uma patologia subjacente." As suas causas podem ser derivadas à fome, à doença ou a idades avançadas (superiores a 80 anos) isoladamente ou em conjunto (Cederholm et al., 2017).

4

PROBLEMÁTICA

- ✓ À admissão hospitalar: entre 30 a 55% dos doentes estão em risco de desnutrição (Barker, Goss, & Croes, 2011);
- ✓ Em contexto hospitalar a taxa de prevalência é entre 20% a 30% (Barker, Goss, & Croes, 2011);
- ✓ Portugal: existem cerca de 40% de doentes em risco nutricional à admissão hospitalar, dependendo do estado da doença e da gravidade (Amorim et al., 2007);
- ✓ O custo de tratamento é 20% superior ao da média dos doentes sem risco de desnutrição, dentro do mesmo grupo de diagnóstico (Martins, A. et al., 2019).

5

PROBLEMÁTICA: CONSEQUÊNCIAS

Perda de massa muscular e massa gorda

- ✓ Maior risco de úlceras de pressão e dificuldade na cicatrização da pele;
- ✓ Pode reduzir a capacidade da musculatura pulmonar e cardíaca e atrofiar os órgãos viscerais.

(Barker et al., 2011)

A redução da musculatura respiratória, da capacidade residual funcional e da capacidade de ventilação espontânea pode comprometer o desmame ventilatório, traduzindo-se num aumento do tempo de ventilação mecânica (Jalil et al., 2014).

Impacto no outcome: Taxas de mortalidade e morbilidade elevadas; Aumento da taxa e risco de infeção; Aumento do tempo de internamento e, consequentemente, dos custos associados (Jalil et al., 2014; Barker et al., 2011; Martins, A. et al., 2019)

6